

**TRADITIONELLE HEBAMMEN  
IN KENYA - ERGEBNISSE EINER  
FELDSTUDIE**

**Jutta Muttenhammer**





Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554813\\_0015](https://archive.org/details/IA41554813_0015)



Aus dem Zentralklinikum Augsburg, Lehrkrankenhaus der  
Universität München  
Direktor: Prof. Dr. K. Holzmann

TRADITIONELLE HEBAMMEN IN KENYA - ERGEBNISSE EINER FELDSTUDIE

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin  
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Jutta Mutenhammer  
München

1985

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin  
der Universität München

1. Berichterstatter: Prof. Dr. K. Holzmann

2. Berichterstatter:

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 27.06.1985

# INHALTSVERZEICHNIS

|                                                                                    | Seite |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. EINLEITUNG                                                                      | 1     |
| 1.1 Ethnographische Daten                                                          | 2     |
| 1.2 "Charakteristika" der afrikanischen Kultur                                     | 4     |
| 1.3 Stammesspezifische Schwangerschafts- und<br>Geburtsriten bei den Akamba        | 5     |
| 2. TRADITIONELLE HEBAMMEN                                                          | 7     |
| 2.1 Elf Hebammen als Informantinnen                                                | 7     |
| 2.1.1 Hebammen in der Gegend von Kathama                                           | 8     |
| 2.1.2 Hebammen in der Gegend von Katheka                                           | 8     |
| 2.1.3 Hebammen in der Gegend von Mathuni                                           | 8     |
| 2.1.4 Hebammen in der Gegend von Katwanya                                          | 9     |
| 2.2 Befragungstechnik                                                              | 9     |
| 2.2.1 Aufbau des Fragebogens                                                       | 10    |
| 2.3 Antworten der Hebammen                                                         | 11    |
| 2.3.1 Positionen der Gebärenden                                                    | 11    |
| 2.3.2 Verhalten der Hebammen bei Prima-und<br>Multiparae                           | 11    |
| 2.3.3 Umgang mit Schmerzen und Gebrauch von<br>Medikamenten                        | 12    |
| 2.3.4 Lageanomalien des Foeten -<br>Nabelschnurvorfall                             | 12    |
| 2.3.5 Episiotomie                                                                  | 13    |
| 2.3.6 Nabelschnurdurchtrennung                                                     | 13    |
| 2.3.7 Nachgeburt                                                                   | 13    |
| 2.3.8 Stillen                                                                      | 13    |
| 2.3.9 Änderungen der Ernährung und Lebensweise<br>der Frau vor und nach der Geburt | 13    |
| 2.3.10 Sexualität                                                                  | 14    |
| 2.3.11 Namensgebung                                                                | 14    |
| 2.3.12 Häufigkeit der Geburten                                                     | 14    |

|        |                                                                                        |    |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3.13 | Geburtsdauer - Einlieferung in das Hospital                                            | 15 |
| 2.3.14 | Geburtskontrolle                                                                       | 15 |
| 3.     | BERICHT ÜBER EINEN TRAININGSKURS FÜR TRADITIONELLE<br>HEBAMMEN IN MBIUNI UND MATUNGULU | 16 |
| 3.1    | Erkrankungen der Schwangeren                                                           | 16 |
| 3.2    | Geburtsablauf                                                                          | 16 |
| 3.2.1  | Lageanomalien des Foeten                                                               | 17 |
| 3.2.2  | Nachgeburt - Episiotomie                                                               | 17 |
| 3.2.3  | Nabelschnurdurchtrennung                                                               | 18 |
| 3.2.4  | Stillen                                                                                | 18 |
| 3.2.5  | Frühgeburten - Aborte                                                                  | 18 |
| 3.3    | Aufzeichnungen von Geburten durch das<br>Medical Research Center                       | 18 |
| 3.3.1  | Protokoll der Geburt vom 17.2.1979,<br>nahe der "Kanzalu range"                        | 19 |
| 3.3.2  | Protokoll der Geburt vom 18.1.1979, Ort unbekannt                                      | 19 |
| 3.3.3  | Protokoll der Geburt vom 10.1.1979, in Kinyui                                          | 20 |
| 3.3.4  | Protokoll der Geburt vom 23.1.1979, nahe Kangundo                                      | 20 |
| 3.3.5  | Protokoll der Geburt vom 7.3.1979, Ort unbekannt                                       | 20 |
| 4.     | BERICHT ÜBER TRADITIONELLE HEBAMMEN IN<br>KIBWEZI (MACHAKOS DISTRIKT)                  | 21 |
| 4.1    | Antworten zur Schwangerschaft                                                          | 22 |
| 4.2    | Antworten zum Geburtsablauf                                                            | 23 |
| 4.2.1  | Episiotomie                                                                            | 23 |
| 4.2.2  | Nabelschnurvorfall                                                                     | 24 |
| 4.2.3  | Lageanomalien                                                                          | 24 |
| 4.2.4  | Einlieferung in das Hospital                                                           | 24 |
| 4.2.5  | Nachgeburt und Nabelschnurdurchtrennung                                                | 24 |
| 4.3    | Versorgung von Mutter und Kind nach<br>der Geburt                                      | 25 |
| 4.3.1  | Versorgung der Mutter                                                                  | 25 |
| 4.3.2  | Versorgung des Neugeborenen                                                            | 25 |

|     |                                                                       |    |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 4.4 | Familienplanung                                                       | 25 |
| 5.  | BERICHT ÜBER EIN TRAININGSPROGRAMM FÜR<br>TBA IN KERICHO, RIFT VALLEY | 27 |
| 5.1 | Der Geburtsablauf                                                     | 28 |
| 5.2 | Versorgung von Mutter und Kind nach<br>der Geburt                     | 29 |
| 5.3 | Gebote und Verbote während der<br>Schwangerschaft                     | 30 |
| 5.4 | Klinikeinweisung                                                      | 30 |
| 5.5 | Medikamente während Schwangerschaft und Geburt                        | 30 |
| 5.6 | Familienplanung                                                       | 31 |
| 6.  | ZUSAMMENFASSUNG VON BEFUNDEN AUS DEM<br>MACHAKOS DISTRIKT             | 32 |
| 7.  | DISKUSSION                                                            | 34 |
| 8.  | ZUSAMMENFASSUNG                                                       | 45 |
| 9.  | TABELLEN                                                              | 47 |
| 10. | LITERATURVERZEICHNIS                                                  | 51 |
| 11. | ANHANG                                                                | 55 |



## 1. EINLEITUNG

Der Vorgang der Geburt ist - wie das Studium entsprechender Literatur zeigt - seit jeher ein Abschnitt des menschlichen Lebens, der eine fundamentale und zentrale Rolle spielt. Dies beweist nicht zuletzt die Vielfalt von Mythen und Riten um die Geburt. Mein spezielles Augenmerk in dieser Arbeit richtet sich dabei auf die Geburt in Afrika und ihren kulturellen Hintergrund.

Bei der Bearbeitung des Materials zeigte sich, daß ich mich auch mit Gesichtspunkten zu befassen hatte wie:

- der Auseinandersetzung der modernen Frauen mit der Geburt, so wie sie heute in den Kliniken abläuft (Entfremdung durch hohe Technisierung)
- dem Gesundheitswesen der Entwicklungsländer und der Dominanz der traditionellen Hebammen in den Ländern der Dritten Welt.

Seit etwa Ende der 60er Jahre wächst die Zahl der Frauen in unserer westlichen Gesellschaft, die gegen das gültige Geburtssystem protestieren. Sie wollen die Schwangerschaft nicht länger als "Patientin" erleben, wollen der Technik im Kreissaal nicht "wehrlos" ausgeliefert sein. Die Folge dieser Entwicklung war, daß Hausgeburten, "die sanfte Geburt" nach Leboyer(15) und die "natürliche Geburt"(13) in die geburtshilfliche Praxis Einzug hielten. Das neue Selbstverständnis der Frau in unserer modernen Gesellschaft brachte noch weitere Forderungen mit sich:

- Die Geburt nicht länger als pathologischen Prozeß zu definieren, sondern ihn als physiologischen Vorgang zu betrachten
- Eltern als Partner anzusehen, denen keine gewünschten Informationen vorenthalten werden
- Eltern das Recht einzuräumen, bei Entscheidungen hinsichtlich der Geburt gleichberechtigt mitwirken zu können

Dieser Kampf um die "Vermenschlichung" der Geburtshilfe, wie er in den westlichen Gesellschaften nun seit Jahren stattfindet, ist unvorstellbar in den Ländern der Dritten Welt. Dort kommt der Geburt durch überlieferte Kulturtraditionen seit jeher eine Rolle zu, die mit keinerlei Zweifel behaftet ist, und deshalb auch nicht zur Diskussion gestellt zu werden braucht.

So sehr die Geburt dort auch in traditionellen Mythen eingebettet zu sein scheint, kann die Bedeutung einer weiteren tragenden Säule des Geburtsvorganges im afrikanischen Kulturkreis - nämlich die der traditionellen Hebamme - nicht genug betont werden, zumal in Afrika 80% der Geburten zu Hause stattfinden.

### 1.1 Ethnographische Daten

Im Sommer 1982 besuchte ich für zweieinhalb Monate Kenya, um Material für meine Arbeit zu sammeln.

Trotz politischer Unruhen und begrenzter finanzieller Mittel, konnte ich mit Hilfe der gynäkologischen Abteilung der Universität Nairobi traditionelle Hebammen befragen.

Weitere Unterlagen und Informationen erhielt ich vom Medical Research Center und der African Medical and Research Foundation. Beide Institutionen haben ihren Sitz in Nairobi.

Die Ergebnisse der einzelnen Befragungen mögen inhaltlich Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen zeigen, doch aufgrund der regionalen und ethnischen Unterschiede ist es wichtig, jede Handlungsweise für sich zu erwähnen.

Das Untersuchungsgebiet Machakos liegt 65 km östlich der Hauptstadt Nairobi und 35 km nordöstlich der Stadt Machakos (1978:65COEW). Es nimmt eine Fläche von 255,33 km<sup>2</sup> ein und liegt 1200 - 1800 m über dem Meeresspiegel.

Die Region wird von der "Kanzalu range", einem Bergzug, in einen westlichen und östlichen Teil unterteilt (Abb.1,4).



Abb.1: Karte des Projektes im Machakos Distrikt (Quelle: Economic setting of households, Nairobi)

Im westlichen Teil (Kingoti und Kambusu), in dem auch das einzige Krankenhaus des Bezirkes, das Kangundo Hospital liegt, wird hauptsächlich Kaffee und Mais angebaut.

Im östlichen ärmeren Teil (Katitu und Ulaani) werden Sonnenblumen, Baumwolle und Sisal geerntet.

Im Norden, um Katheke, werden sowohl Kaffee, Mais, als auch Baumwolle und Sisal angebaut(4).

Das Gebiet wird von den Akamba (ungefähr 26000), einem Bantu sprechenden ostafrikanischen Volksstamm, bewohnt. Die Akamba leben in "smallholdings", bestehend aus der Haupthütte, in der die Familie lebt, der Kochstelle, der Nahrungshütte und dem Tierkral. Die Hütte der Schwiegermutter (männlicherseits) liegt etwas abseits. Um die Hütten sind Felder angelegt, deren Bebauung je nach Trocken- und Regenzeit variiert.

Ein Teil der Erträge, meist Bananen, Kartoffeln, Gemüse, wird auf den Märkten zum Verkauf angeboten. Die wichtigsten Märkte sind Machakos, Tala, Kangundo, Mathuni und Kathama (4).

Obwohl die Entfernungen zwischen den "smallholdings" ungefähr vier Kilometer betragen, ist die Kommunikation und Hilfsbereitschaft unter den einzelnen Familien sehr groß. Das soziale Gefüge wird von den Überlieferungen, Erzählungen der "Alten", der Religion, der Natur, den Bräuchen, auch dem Leben des Einzelnen, der mit den Anderen zusammen eine Gemeinschaft bildet, geformt.

Die Grundlage der afrikanischen Gesellschaftsform ist die Familie. Darunter versteht man in Afrika einen viel weiter gefaßten Begriff als in der westlichen Welt. Die Familie ist eine Gemeinschaft aller Verwandten, die sich auf eine gemeinsame Abstammung berufen können, und sie schließt sowohl die Lebenden als auch die verstorbenen Ahnen ein (14). Die Familie gilt als das Grundelement politischen, wirtschaftlichen und religiösen Zusammenlebens.

Dies trifft vor allem für die ländliche Bevölkerung zu. In den größeren Ansiedlungen hingegen zeichnet sich - wohl nicht zuletzt durch Missionierung und westlichen Einfluß - bereits ein gewisser Verfall dieser Werte ab.

## 1.2 "Charakteristika" der afrikanischen Kultur

Nach Kossoda (14), beruht die afrikanische Kultur auf magisch - religiösen Grundlagen, aus denen alle Verhaltensregeln zwischen den Menschen und ihrer Umwelt hervorgehen. Der Afrikaner ist ein zutiefst gläubiger Mensch, dessen ganzes Leben vom Einfluß der unsichtbaren Mächte gezeichnet ist. Man kann sogar sagen, seine gesamte Weltanschauung fußt auf Religion und Magie.

Die afrikanische Glaubensform unterliegt äußerst komplizierten kosmischen Gesetzen. Alles Leben, jedes Wesen und jedes Ding sind Teile eines Systems, in das sie sich in logischer Folge einordnen. Jede Handlung kann tiefe Einwirkungen auf das System verursachen und zu Krankheiten und Katastrophen führen, und daher ist alles Handeln und Tun Verboten, Riten und Gesetzen unterworfen, die strikt eingehalten werden sollten.

Das Leben in der Gemeinschaft, Gesundheit und Kindersegen sind vom Respekt der Bräuche und der Beziehungen zu den unsichtbaren Mächten, die das Universum regieren, abhängig (14).

### 1.3      Stammesspezifische Schwangerschafts- und Geburtsriten             bei den Akamba

Bei allen afrikanischen Stammeskulturen, so auch bei den Akamba, kommt der Fruchtbarkeit der Frau eine große Bedeutung zu. Der Fortbestand der Familie, der Gemeinschaft und die Versorgung der Alten ist dadurch gesichert.

" Die Natur bringt das Kind zur Welt, doch die Gemeinschaft bildet das Kind zu einem neuen sozialen Wesen "(Mbiti, 17).

In vielen afrikanischen Stämmen wird die Geburt eines Kindes als eine Wiedergeburt der Ahnen gesehen. Mbiti (17) und Mbula (18) vergleichen Kinder mit dem Keim der Gemeinschaft und die Geburt mit dem Frühling, der die Gemeinschaft zum Wachsen bringt und mit dem Geist der Ahnen, der das Kind in der Gebärmutter formt.

Schon bei den ersten Anzeichen einer Schwangerschaft ist die werdende Mutter angehalten, Tabus zu beachten.

Wie Mbiti(17) berichtet, ist es den Akamba nicht erlaubt, der Schwangeren in den letzten drei Schwangerschaftsmonaten fettes Fleisch und Bohnen zu essen zu geben. Der Verzehr von solchen Nahrungsmitteln könnte sich auf das Wohlergehen von Mutter und Kind störend auswirken. Erlaubt ist es der Mutter aber, die Erde der Termitenhügel zu sich zu nehmen, denn die Erde soll dem Kind Kraft geben.

Mbiti (17) schreibt weiter, daß Waffen und eiserne Gegenstände der Umgebung der werdenden Mutter entfernt werden sollten, um Unwetter und Blitzschlag von der Schwangeren fernzuhalten.

Große Bedeutung wird auch dem Ort beigemessen, an dem die Niederkunft stattfindet. Nach Mbiti(17) und Middleton(21) kann das im Elternhaus oder in einem "Geburts Haus" geschehen. Meist jedoch findet die Geburt in der Hütte der Schwangeren statt.

Bei der Geburt dürfen nur erfahrene ältere Frauen anwesend sein.

Meist ist es die traditionelle Hebamme oder die Schwiegermutter. Männern dagegen ist die Teilnahme an der Geburt untersagt.

Die Position, in der die Frau das Kind zur Welt bringt, muß stets die "richtige", die von der Tradition überbrachte, sein.

Bei den Akamba kniet die Gebärende während der Geburt oder wechselt zwischen Knien und Stehen.

Besondere symbolische Bedeutung kommt der Plazenta und der Nabelschnur zu.

Der Mutterkuchen und die Nabelschnur versinnbildlichen die Zugehörigkeit des Kindes zur Mutter. Das Kind kommt mit Plazenta und Nabelschnur zur Welt und ist organisch mit ihnen verbunden. Erst das Vergraben von Plazenta und Nabelschnur, meist in der Nähe des Geburtsortes, geben das Neugeborene "frei", das heißt, die Trennung von der Mutter ist nun endgültig vollzogen und das Kind ist in die Gemeinschaft aufgenommen. Ein neuer Lebensabschnitt beginnt.

Penwill(30) und Mbiti(17) weisen noch darauf hin, daß dem Vater des Kindes nach der Geburt die würdevolle Aufgabe zuteil wird, Bier, "uki wa mbingi", zu brauen und ein Fest vorzubereiten.

Mbiti (17) geht auch auf die Namensgebung des Kindes ein. So erhält das Kind am dritten Tag nach der Geburt einen Namen, der meist von Frauen ausgewählt wird, die schon geboren haben. Hinter dem Namen verbirgt sich ein bedeutendes Ereignis: Das können eine besondere Geburtslage, Ähnlichkeiten mit Verstorbenen oder auch besondere Witterungsverhältnisse sein.

Der Vater hängt um den Hals des Neugeborenen eine Halskette aus Metall, "ithaa"(30). Erst durch diese symbolhafte Handlung wird das Kind voll als menschliches Wesen anerkannt. Gleichzeitig wird dadurch der Kontakt zur Welt der Ahnen unterbrochen(17).

Mit dem Tag der Geburt beginnt auch die Stillperiode. Die Stillzeit dauert meist zwei bis drei Jahre(17). In dieser Zeit hat das Kind innigsten Kontakt mit der Mutter. Das Neugeborene wird nicht nur gestillt, sondern auch auf dem Rücken der Mutter überallhin mitgetragen. Die Mutter ist in der Zeit Inbegriff körperlicher und seelischer Sicherheit.

## 2. TRADITIONELLE HEBAMMEN

Traditionelle Hebammen sind in Afrika, wie wohl überall in der Dritten Welt, bedeutende Persönlichkeiten im Dorfleben. Sie sind Mitglied der Dorfgemeinschaft, sprechen die gleiche Sprache, sind wie die Gebärende in dem gleichen sozialen Wertsystem integriert, haben große Erfahrung als Geburtshelferinnen und sind auch oft mit den Frauen verwandt, die sie betreuen.

Vor allem sind sie die Hüterinnen der Tradition in allem, was mit Schwangerschaft, Geburt und Kindersegen zu tun hat.

Seit alters her sind die Frauen gewohnt, zu Hause zu entbinden. Es ist eine Selbstverständlichkeit für sie. Sie fühlen sich zu Hause geborgener als im Hospital.

Noch weitere Gründe für das Überwiegen der Hausgeburten sind die geographische Weite und die punktuelle Besiedelung des Landes.

In Kenya ist man jetzt dazu übergegangen, diese "traditional birth attendants"(TBA) in das nationale Gesundheitsprogramm einzubeziehen. Die WHO(42) definiert die TBA wie folgt: "a person (usually a woman) who assists the mother at childbirth and who initially acquired her skills delivering babies by herself or by working with other traditional birth attendants."

Die TBA sollen Trainingskurse besuchen, um moderne Geburtshilfe und Hygiene mit ihren eigenen Erfahrungen und dem eigenen Können zu verbinden. Sie sollen dann ihr neu erworbenes und ihr schon mitgebrachtes Wissen in den Dörfern einsetzen.

Nach Zahlen der WHO und des Medical Research Center in Nairobi, finden jährlich in den Ländern der Dritten Welt ungefähr 80% der Geburten zu Hause statt.

### 2.1 Elf Hebammen als Informantinnen

Das für meine Untersuchung erforderliche Material ergab sich durch Interviews mit elf Hebammen.

Sie alle leben im Norden von Machakos in der Umgebung der Orte Kathama, Katheka, Mathuni und Katwanyaa.

Hinsichtlich der Altersangaben ist zu bemerken, daß es die Angaben der Frauen auf die Frage nach ihrem Alter sind. Die meisten von ihnen schätzten nämlich ihr Alter oder wollten das Alter nicht angeben.

#### 2.1.1 Hebammen in der Gegend von Kathama

In Kathama traf ich Mbithe. Sie war ungefähr 63 Jahre alt. Mbithe entschloß sich, als TBA tätig zu sein, nachdem sie geträumt hatte, eine Geburt zu leiten.

Ndila, war ungefähr 70 Jahre alt und "witchdoctor" der Gegend. Über ihren Werdegang als Hebamme wollte sie keine Auskunft geben.

Mwethya, ungefähr 60 Jahre alt, hatte ihren Beruf von der Schwiegermutter erlernt, die selbst TBA gewesen war.

#### 2.1.2 Hebammen in der Gegend von Katheka

Hier waren Mwakelai, Juliana Syevuo, Nduume und Ngolya als TBA tätig. Nduume hatte ihren Beruf von der Mutter übernommen und Ngolya, 80 Jahre alt, wurde auf Grund ihrer großen Erfahrung Hebamme.

Mwakelai und Juliana Syevuo meinten, die Tätigkeit als TBA hätte sich einfach so ergeben.

#### 2.1.3 Hebammen in der Gegend von Mathuni

Hier traf ich Anna Wanyaa, ungefähr 80 Jahre alt, und Rebecca. Rebecca war ungefähr 65 Jahre alt. Sie durfte ihrer Großmutter, die selbst Hebamme war, bei der Behandlung von Schwangeren helfen. Nach der Geburt von sieben Kindern begannsie, selbst als TBA tätig zu sein. Anna Wanyaa wollte über die berufliche Vorgeschichte keine Auskunft geben.

## 2.1.4 Hebammen in der Gegend von Katwanyaa

Ndila, ungefähr 70 Jahre alt, gab an, durch Träume gelernt zu haben, was mit einer Gebärenden zu tun sei. Ihre Großmutter sei auch Hebamme gewesen. Ndila wurde Hebamme nach der Geburt ihres ersten Kindes.

Mukamweu, ungefähr 85 Jahre alt, begann erst nachdem sie selbst zehn Kindern das Leben geschenkt hatte. Zuerst half sie ihren Schwiegertöchtern bei den Geburten. Bald gewann sie durch ihr Können Vertrauen und Half dann auch anderen Frauen.

## 2.2 Befragungstechnik

Meine Daten konnte ich mit Hilfe der Universität Nairobi, dem Department of Obstrectics and Gynaecology, im Bezirk Machakos erheben. Die Universität gab mir die Möglichkeit, des öfteren mit dem Team der gynäkologischen Abteilung zu den "fieldclinics" zu fahren. Der Busfahrer fungierte bei meinen Befragungen als Dolmetscher. Er war ein Akamba, in Matungulu geboren, kannte einige TBA oder deren Kinder, und war zu meinem Glück verheiratet. Erst später erfuhr ich, daß die TBA "meinem" Dolmetscher nicht beantwortet hätten, wenn er ledig gewesen wäre. George, der Busfahrer, erklärte mir, die Hebammen wären mit Äußerungen über Schwangerschaft und Geburt Männern gegenüber deshalb so zurückhaltend, weil ein lediger Mann sich um "Dinge wie Geburt und Schwangerschaft nicht zu kümmern habe."

Ein Glück, daß ich eine Frau bin, dachte ich mir dann. Ich war ja auf eigene Faust und ohne weitere Unterstützung nach Kenya gefahren und daher sehr erfreut und dankbar über die große Hilfsbereitschaft des Teams.

Nahezu alle Hebammen konnte ich zu Hause antreffen. Mwakelai, als sie gerade eine Schwangere versorgte, die im siebten Monat und wegen Bauchschmerzen gekommen war. Die TBA massierte den Bauch und verwendete dazu warme Asche.

Die Hebammen waren nach anfänglicher Zurückhaltung doch sehr gesprächig und freuten sich, so erschien es mir, über mein Interesse an ihrer Arbeit.

Meine Fragen an die TBA richteten sich inhaltlich in erster Linie nach den Kriterien der Geburt, wie sie in unserer technokratisch - zivilisierten Gesellschaft gelten.

Die Befragung erfolgte in halbstrukturiertem Interview, dem ein Fragebogen zugrunde lag.

Unverstandene Fragen konnten erklärt, Fragen umformuliert oder zu einem späteren Zeitpunkt gestellt werden. Den Hauptfragen konnten auch Nebenfragen folgen(1).

## 2.2.1 Aufbau des Fragebogens

1. Positionen der Gebärenden
2. Verhalten der Hebammen bei Prima- und Multiparae
3. Umgang mit Schmerzen und Medikamenten
4. Lageanomalien - Nabelschnurvorfall
5. Episiotomie
6. Nabelschnurdurchtrennung
7. Nachgeburt
8. Stillen
9. Änderungen der Ernährung und Lebensweise der Frau vor und nach der Geburt
10. Sexualität
11. Namensgebung
12. Häufigkeit der Geburten
13. Geburtsdauer und Einlieferung in das Krankenhaus
14. Geburtenkontrolle

## 2.3 Antworten der Hebammen

### 2.3.1 Positionen der Hebammen

Die am häufigsten zu findende Position der Gebärenden in den einzelnen Geburtsphasen ist das Knien.

Daneben kommen vor: Stehen

Umhergehen während der Eröffnungsperiode  
und als "fixierte" Position:

Festhalten am Seil (der Schultergürtel ist bei  
dieser Stellung fixiert).

Mbithe, Mwethya und Mwakelai bevorzugen bei ihrer Arbeit die liegende Position. Die Hebammen meinten jedoch, daß sie, je nach Bedürfnis der Gebärenden, die Schwangere auch im Knien oder Stehen entbinden können.

Ndila, Rebecca und Anna Wanyaa gaben an, sie würden die Schwangere sowohl im Stehen und Knien, als auch in wechselnder Seitenlage entbinden.

Während der Geburt geben die Hebammen nur Hilfestellungen.

Unter ganz besonderen Umständen, etwa wenn die Schwiegermutter nicht erreichbar ist, oder keine andere weibliche Person außer der Hebamme die Gebärende mitbetreuen kann, erlaubt Ndila in seltenen Fällen sogar dem Ehemann mitzuhelfen.

### 2.3.2 Verhalten der Hebammen bei Prima- und Multiparae

Ein Problem für die TBA sind die Erstgebärenden, da diese über den Geburtsablauf noch nicht genau Bescheid wissen. Die Hebammen müssen die Erstgebärende deshalb in besonderem Maße aufklären, sie aufmuntern und unterstützen.

Die Hebammen meinten, "der Geburtskanal müsse erst vom Kind gefunden werden". Bei den Mehrgebärenden dagegen verlief die Geburt nahezu problemlos. Meist werden sie sich selbst überlassen und gebären oft alleine.

### 2.3.3 Umgang mit Schmerzen und Gebrauch von Medikamenten

Bei Bauchschmerzen während der Schwangerschaft wird der Bauch massiert. Einige der TBA (z.B. Mwakelai und Seyvuo) verwenden dazu Asche und Seife. Moderne Medikamente verabreichen die Hebammen nicht. Zwei der TBA (die beiden Ndila) geben Kräutereextrakte einheimischer Pflanzen vor allem dann, wenn ein Geburtsstillstand eintritt. Welche Pflanzen verwendet wurden, konnte ich nicht erfahren. Bei Dammriß werden Kräuter, deren Name ebenfalls nicht genannt wurde, zur Heilung auf die Wunde gelegt. Während der Geburt bekommt die Schwangere Tee oder Wasser zu trinken.

### 2.3.4 Lageanomalien des Foeten - Nabelschnurvorfall

Im Falle einer abnormen Lage des Foeten, z.B. einer Beckenendlage, versuchen die TBA eine äußere Wendung. Mißlingt diese, wird die Entwicklung der Beckenendlage versucht. Bei einem Nabelschnurvorfall soll die Gebärende die Brust - Knielage einnehmen (Abb.2,37).



Abb.2: Brust - Knielage (Quelle: Stern, Pictorial midwifery, London 1956)

### 2.3.5 Episiotomie

Episiotomien werden von den TBA nicht durchgeführt. Der Introitus vulvae wird von den Hebammen manuell stark geweitet, um so den Kopfdurchtritt zu ermöglichen.

Im Falle eines Dammrisses muß die Frau für ein bis zwei Tage die Beine zusammenpressen. Dadurch soll die Heilung gefördert werden.

### 2.3.6 Nabelschnurdurchtrennung

Die Nabelschnur wird nach Aussagen der TBA unmittelbar nach der Geburt des Kindes abgebunden und mit einem Messer durchtrennt.

### 2.3.7 Nachgeburt

Die Plazenta wird auf ihre Vollständigkeit hin untersucht und dann vergraben. Ngolia gab an, daß das Vergraben der Plazenta die spezielle Aufgabe der Schwiegermutter sei.

Verzögert sich die Nachgeburtsperiode, versuchen die TBA durch Druck auf den Oberbauch der Gebärenden, ähnlich dem Crede'schen Handgriff, die Plazenta zu lösen.

### 2.3.8 Stillen

Das Neugeborene wird erst an die Brust gelegt, wenn es etwas abgekochtes Wasser zu trinken bekommen hat, und der Mutter die Brüste gereinigt wurden. Die TBA meinten, Neugeborene würden nach altem Brauch, zwei bis drei Jahre gestillt.

### 2.3.9 Änderungen der Ernährung und Lebensweise der Frau vor und nach der Geburt

Die Hebammen waren übereinstimmend der Meinung, daß eine Frau während der Schwangerschaft viel Gemüse, Mais und Obst essen, zu-

dem auch viel Eiweiß in Form von Eiern und frischer Milch zu sich nehmen soll. Die Zufuhr von Eiern soll jedoch weitgehend eingeschränkt werden, da ansonsten - nach Meinung einiger TBA - das Neugeborene zu groß würde und es deshalb zu Schwierigkeiten während der Geburt kommen könnte.

Nach der Geburt darf die Frau viel Flüssigkeit, vor allem in Form von Tee zu sich nehmen und wieder Fleisch, Reis und Suppe essen. Der Schwangeren ist es nicht erlaubt, während der Schwangerschaft und bis zu drei Monaten nach der Geburt, schwere Arbeit zu verrichten.

### 2.3.10 Sexualität

In den letzten fünf Monaten der Schwangerschaft dürfen die Ehepartner keinen sexuellen Kontakt miteinander haben. Die TBA meinten, ein mit "weißer Schmiere", Vernix caseosa, bedecktes Neugeborenes würde auf eine Überschreitung des Tabu hinweisen. Das Tabu soll sich auch auf den Zeitraum von drei Monaten nach der Geburt erstrecken. Eine der Hebammen meinte, sogar bis über die Stillzeit hinaus. Doch durch die westlichen Einflüsse, schränkt die Hebamme ein, hätte sich einiges verändert.

### 2.3.11 Namensgebung

Zur Geburt gehört noch die Namensgebung. Dem Kind wird entweder der Name des Vaters oder der Geburtsname der Mutter in sich wechselnder Folge gegeben, d.h. dem Erstgeborenen der Name des Vaters, dem Zweitgeborenen der Name der Mutter usw..

Die Familie der Mutter und des Vaters soll durch die Kinder weiterleben, erklärte mir eine Hebamme.

### 2.3.12 Häufigkeit der Geburten

Nach den Angaben der TBA werden sie etwa fünf- bis sechsmal pro Monat zu Geburten gerufen. Wieviele Frauen in der Zeit meiner Be-

fragung schwanger waren und kurz vor der Entbindung standen, konnte ich nicht in Erfahrung bringen.

Eine Geburtenhäufungist, nach Aussagen der Hebammen, um die Zeit des Neumondes zu beobachten.

### 2.3.13 Geburtsdauer - Einlieferung in das Hospital

Die Hebammen gaben an, daß die Geburten ein bis zwei Tage dauern können. Ein Teil der Hebammen bringt die Frauen, die zur Geburt länger als eine Nacht, auch länger als einen Tag benötigen, sicherheitshalber in das Krankenhaus.

Indikationen zur Krankenhauseinweisung sind für die TBA plötzlich auftretende, unstillbare Blutungen und Sistieren des Geburtvorganges. Zwei der Hebammen (die beiden Ndila) meinten, sie würden die Gebärende erst dann in das Krankenhaus bringen, wenn sie "mit dem Können ihrer Hände am Ende wären." Eine der Hebammen (Mbithe) gab zwei Totgeburten nach Geburtsstillstand an.

Die anderen Hebammen hatten, nach ihren Auskünften, keinen derartigen Fall erlebt.

### 2.3.14 Geburtenkontrolle

Die TBA halten die Frauen auch zur Geburtenkontrolle an. Der Abstand zwischen den einzelnen Kindern soll zwei bis drei Jahre betragen, jedenfalls so groß sein, daß das zuvorgeborene Kind bereits laufen und sprechen kann. Auch soll die Stillzeit beendet sein, da der Körper der Frau mit einer neuen Schwangerschaft und noch andauerndem Stillen zu sehr belastet wird.

### 3.   BERICHT ÜBER EINEN TRAININGSKURS FÜR TRADITIONELLE HEBAMMEN IN MBIUNI UND MATUNGULU

Das Medical Research Center, Nairobi, führte im Jahre 1979 einen von der Regierung unterstützten Trainingskurs für Hebammen durch(38). Zu dem Kurs, der in dispensaries wie Mbiuni und Matungulu, Orten im Machakos Distrikt stattfand, wurden 27 TBA ausgewählt. Als Auswahlkriterien galten: Aktive Tätigkeit als TBA und Betreuung von mindestens zehn Geburten im vergangenen halben Jahr. Es war der erste derartige Kurs der TBA.

Das Trainingsprogramm beinhaltete Diskussionspunkte wie: Erkrankungen bei Schwangeren, Geburtsablauf, Positionen während der einzelnen Geburtsphasen, Lageanomalien des Foeten, Nachgeburtsversorgung von Mutter und Kind nach der Geburt, Stillen; Risiken, wie: Frühgeburt, Abort, Totgeburt; Familienplanung.

#### 3.1    Erkrankungen bei Schwangeren

Das Team des Medical Research Center lehrte die traditionellen Hebammen, nach westlichem medizinischen Denken einzelne Krankheits-symptome zu beachten: Die Inspektion von Konjunktiven und Zunge, um so frühzeitig eine Anämie erkennen zu können. Bei Beinödemen sollten die Schwangeren nach Augenflimmern, Kopf- und Bauchschmerzen befragt und gegebenenfalls in das Krankenhaus gebracht werden.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Behandlung von Schwangeren, die an TEC, Malaria, an venerischen Erkrankungen oder an Störungen von Herz und Kreislauf erkrankt waren.

#### 3.2    Geburtsablauf

In der Eröffnungsphase soll sich die Frau nach ihren Bedürfnissen bewegen, d.h. sie kann Sitzen, Liegen, Stehen, Gehen.

Die gebräuchlichste Stellung der Schwangeren während der Gebärrphase ist das Knien. Die TBA sitzt dabei vor der Gebärenden. Andere Frauen stützen die Schwangere an Schulter und Rücken ab.

Die Hebammen geben der Schwangeren in der ersten Phase der Geburt zwar noch zu essen und zu trinken, beachten jedoch, das vor der

Austreibungsperiode Blase und Darm entleert werden.

Einig waren sich die Hebammen darin, daß Liegen die für Mutter und Kind schlechteste Stellung sei.

Das Ausbildungsteam des Medical Research Center hielt die TBA an, die Frau möglichst bis zum Ende der Austreibungsperiode in der aufrechten Stellung zu halten, da die Geburt so reibungsloser verlaufen würde. Das Gebären im Liegen, wie es im Krankenhaus zu sehen ist, sei nur für den Arzt und die Hebamme bequem, nicht aber für die Gebärende. Die Gebärenden sollten geradezu ermuntert werden, im Knien oder Sitzen zu entbinden.

### 3.2.1 Lageanomalien des Foeten

Das Team erklärte den TBA, besonders bei Mehrgebärenden auf Querlagen oder Beckenendlagen zu achten.

Die äußere Wendung einer Querlage und die Entwicklung einer Beckenendlage, nach der Manualhilfe nach Bracht und Veit Smellie, wurde von den TBA am Modell geübt.

Das Team wies darauf hin, daß die Gebärende bei unerwarteter Beckenendlage vom Knien in die Hand - Knie Stellung übergehen solle. Die veränderte Lage soll der TBA die Entwicklung des Foeten erleichtern. Bei Nabelschnurvorfall war den TBA als "Hilfsmittel" die Brust - Knielage bekannt (siehe auch 2.3.4).

Das Team empfahl den Hebammen, Erstgebärende, mit einer Lageanomalie des Foeten, in das Krankenhaus zu bringen.

### 3.2.2 Nachgeburt - Episiotomie

Die Plazenta soll von den Hebammen auf ihre Vollständigkeit hin untersucht werden. Verzögert sich die Ausstoßung der Plazenta, wird das Kind angelegt (eine Aussage des Teams). Das Team erklärte weiter, daß durch das Saugen die Uteruskontraktion verstärkt und die Plazenta ausgestoßen werden könne.

Die manuelle Lösung der Plazenta bleibt den Ärzten des Krankenhauses vorbehalten.

Die TBA gaben an, keine Episiotomie vorzunehmen.

### 3.2.3 Nabelschnurdurchtrennung

Die Nabelschnur wird unmittelbar nach der Geburt abgebunden und mit einem Messer oder einer Schere, zwei bis drei Zentimeter vom Nabel des Neugeborenen entfernt, durchtrennt.

### 3.2.4 Stillen

Das Team klärte die TBA über die Bedeutung des Stillens und den Nährwert der Muttermilch auf. Die TBA erzählten, daß nach alter Tradition vor dem Anlegen des Neugeborenen "ngondu", eine Reinigungszeremonie, durchgeführt werde.

"Ngondu" soll die bösen Geister von der Mutter vertreiben. Die feierliche Handlung wird meist bei Frauen vollzogen, die schon eine Totgeburt hatten, oder die ihrem Ehemann untreu waren. Den Frauen, die "rein" geblieben sind, wird diese Zeremonie nicht zuteil.

### 3.2.5 Frühgeburten - Aborte

Die Hebammen wurden angehalten, die Neugeborenen zu messen, um Frühgeburten zu erkennen. Ein Neugeborenes unter 40 cm Körperlänge müsse ins Krankenhaus gebracht werden.

Als Ursachen von Aborten nannte man den TBA unter anderem Malaria, venerische Erkrankungen und Uterusanomalien. Bei Sterilität verwenden die TBA ein Aphrodisiakum "muvutavuti", das auch die Milchproduktion der Frau anregt und den Mann wieder zeugungsfähig machen soll.

## 3.3 Aufzeichnungen von Geburten durch das Medical Research Center

Das Team des Medical Research Center begleitete die TBA im Rahmen des Trainingsprogrammes auch zu Geburten. Das Team verhielt sich zurückhaltend und griff nur in schwierigen Situationen ein.

Da es mir, trotz Bemühungen, nicht gelang, bei Geburten teilzunehmen, will ich zur Veranschaulichung den Verlauf von Geburten beschreiben, wie ihn das Team aufgezeichnet hat (38).

### 3.3.1 Protokoll der Geburt vom 17.1.1979, nahe der "Kanzalu range"

Die TBA besuchte eine XI para, die tags zuvor eine Totgeburt hatte. Die Frau war die Zeit vor der Niederkunft regelmäßig zur Schwangerschaftsvorsorge in die Klinik gekommen, zumal die bei der letzten Schwangerschaft geborenen Zwillinge bei der Geburt sehr schwach waren.

Die letzte gynäkologische Untersuchung ergab eine Beckenendlage. Ansonsten zeigten sich keine auffälligen Befunde. Der Frau wurde empfohlen, bei Geburtsbeginn in die Klinik zu kommen.

Die Nacht darauf begannen die Wehen und unglücklicherweise konnte kein Transportmittel gefunden werden. Die Frau gebar das Kind in Hinterhauptslage. Das Kind war tot, die Nabelschnur nicht um den Hals gewickelt. Die Fruchtblase war kurz vor dem Durchtritt des Kindskopfes geplatzt. Das Fruchtwasser war grün und beinhaltete Mekonium. Die Plazenta zeigte eine schwarze Farbe.

Die Frau war vor der Geburt nicht erkrankt und hatte auch keinen Unfall erlitten. Sie wirkte dünn, durchscheinend und müde.

### 3.3.2 Protokoll der Geburt vom 18.8.1979, Ort unbekannt

Die Enkelin einer TBA, eine I para, war in den Wehen, als die Hebamme und das Team gegen zehn Uhr vormittag die Gebärende erreichten. Die Wehen hatten nachts begonnen, die Fruchtblase war noch geschlossen, die Gebärende ruhte sich auf dem Bett liegend aus.

Gegen zwei Uhr nachmittags wurde ein Mädchen in Hinterhauptslage geboren. Zur Geburt kniete die Frau neben dem Bett auf einem Sack, der auf dem Boden lag. Die Hebamme saß auf einem niederen Stuhl vor der Gebärenden.

Das Neugeborene hatte Atemschwierigkeiten. Mitglieder des Teams zeigten, wie ein Kind abgesaugt wird.

Da das Baby mit Vernix überzogen war, begann eine heftige Diskussion über die Bedeutung der "Käseschmiere" (siehe auch 2.3.10).

### 3.3.3 Protokoll der Geburt vom 20.1.1979, in Kinyui

Die Gebärende, eine IV para, kniete in einem kleinen Raum, der sich in ihrem Haus befand. Die letzte Geburt lag acht Jahre zurück. Die TBA saß vor ihr und eine andere Frau stützte die Gebärende im Rücken. Da die Geburt schon einige Stunden andauerte, die Frau müde war, und die Geburt langsamer voranging, beschloß die TBA, die Gebärende solle sich zur Erholung niederlegen.

Nach der ersten Uteruskontraktion im Liegen sah man, daß eine Beckenendlage vorlag. Die Hebamme entwickelte das Kind bis zur Nabelschnur. Doch da schon geraume Zeit verstrichen war, half ein Mitglied des Teams mit. Beide entwickelten das Baby "by swinging the child with the feet towards the belly of the mother". Das Kind, ein Mädchen, kam gesund zur Welt. Die Plazenta wurde einige Zeit später vollständig ausgestoßen.

### 3.3.4 Protokoll der Geburt vom 23.1.1979, nahe Kangundo

Die TBA wurde zu einer Geburt gerufen, die zu früh begonnen hatte. Die Hebamme und Mitglieder des Team stellten bei der vaginalen Untersuchung fest, daß der Muttermund noch nicht geöffnet war. Die Frau, eine III para in der 36 SSW, hatte schon eine Totgeburt und andere sehr schwierige Geburten durchgestanden. Die Gebärende war sehr erschöpft. Die Wehen traten in kurzer, doch regelmäßiger Folge auf. Die Frau wurde in das Krankenhaus gebracht.

### 3.3.5 Protokoll der Geburt vom 7.3.1979, Ort unbekannt

Die Gebärende, eine junge Nullipara, kniete auf dem Boden. In den Wehenpausen legte sich die Frau nieder, da sie sich sehr müde fühlte. Bei jeder Wehe wölbte sich der Damm vor. Als der Kopf sichtbar wurde, kniete die junge Frau nieder. Die TBA saß vor ihr.

Eine andere Frau stützte die Gebärende an den Schultern und am Rücken.

Nach ein paar weiteren Wehen platzte die Fruchtblase und fünf Minuten später war das Baby, ein Junge, geboren.

Die Plazenta wurde kurze Zeit danach ausgestoßen und auf ihre Vollständigkeit hin überprüft.

Die Mutter bekam etwas zu trinken. Die Nabelschnur wurde abgebunden und mit der Schere durchgeschnitten und die Atemwege des Neugeborenen von der TBA gereinigt. Eine halbe Stunde nach der Geburt wurde der Mutter die Brust gewaschen und das Kind angelegt.

#### 4.   BERICHT ÜBER TRADITIONELLE HEBAMMEN IN KIBWEZI

The African Medical and Research Foundation (AMREF) führte eine Untersuchung über traditionelle Hebammen in Kibwezi durch (27). Kibwezi, ein abgelegener Ort, mit einer Zweigstelle von AMREF, liegt im südlichsten Teil des Machakos Distrikts.

Das Straßennetz ist schlecht ausgebaut. Die extreme Trockenheit dieser Gegend bedingt die Armut der dort lebenden Bevölkerung. Auch hier, oder gerade hier in Kibwezi, wird die Bedeutung der TBA sichtbar.

Die traditionelle Hebamme wird in Kibwezi als kompetenter Partner akzeptiert. Sie ist eine Mittlerin der westlichen und der traditionellen Medizin.

Wamucci Niogu (27) und Mitarbeiter von AMREF, stellten bei Befragungen von Schwangeren fest, daß die Frauen eine Hausgeburt mit einer TBA einer Klinikgeburt vorzögen.

Die Frauen meinten, sie hätten Vertrauen zur TBA. Während und nach der Geburt werden sie von ihr nicht allein gelassen und die Geburt findet zu Hause, in der vertrauten Umgebung statt.

Im Hospital dagegen sei die Atmosphäre "kalt". Die Frau müsse im Bett liegen und die Hebamme habe kaum Zeit für sie. Die Schwangere fühlt sich aus ihrer Umgebung herausgerissen.

AMREF befragte 20 TBA. Von den befragten Frauen waren 17 über 50 Jahre alt, drei etwas jünger. Die TBA gehörten zumeist der Naturreligion "Akamba" an, ein Teil von ihnen war Christen.

Im Rahmen der Befragung wurde bekannt, daß in der Umgebung von Kibwezi, im Ort Komboyoo, ein Mann, 65 Jahre alt, als TBA tätig war. Weitere Informationen zu dieser Ausnahme waren mir nicht zugänglich.

#### 4.1 Antworten zur Schwangerschaft

Die TBA wird in der Regel zum ersten Mal von der Schwangeren aufgesucht, um die Schwangerschaft bestätigt zu bekommen. Der Kontakt bleibt solange bestehen, bis die Schwangere geboren hat.

Die TBA gaben an, sie würden zur Feststellung der Schwangerschaft den Bauch abtasten. Da die TBA die Frauen, die zu ihr kommen, meist kennt, könne sie am Ausbleiben der Regel, an Figur, Aussehen und Temperament Veränderungen bemerken, die auf eine Schwangerschaft hinweisen.

Zur Schwangerenvorsorge der TBA gehören auch die Hausbesuche bei Unpäßlichkeit der werdenden Mutter. Die TBA massieren den Bauch der Schwangeren, um die Bauchmuskeln zu entkrampfen. Sie verwenden dazu Öl. Die Lage des Foeten wird anhand der Leopold'schen Handgriffe festgestellt. Die Reaktion des Foeten auf die Massage ermöglichen der Hebamme, Aussagen über dessen Gesundheitszustand zu machen. In den letzten Monaten der Schwangerschaft kann die TBA mittels Massage eine äußere Wendung versuchen, falls der Foet eine abnorme Lage einnimmt.

13 von 20 befragten Hebammen führen die oben aufgeführte Schwangerenvorsorge durch. Elf der befragten Hebammen geben der Schwangeren Ernährungsvorschläge.

Der Schwangeren wird empfohlen, Gemüse, mageres Fleisch, Eier und magere Milch zu sich zu nehmen. Fetttes Fleisch und fette Milch würden den Foet zu groß werden lassen und die Geburt erschweren.

Die letzten sechs bis sieben Monate sollte die Schwangere sexuell enthaltsam leben. Die TBA meinen, das Neugeborene wäre bei der Geburt "zu schmutzig", wenn das Tabu nicht eingehalten würde.

Der Schwangeren ist auch nicht erlaubt, schwere Arbeit zu verrichten. Nach Aussagen der TBA sei das Stillen eines anderen Kindes während der Schwangerschaft für Mutter, Foet und Kleinkind zu belastend und würde alle drei schwächen.

14 der TBA gaben eine Schwangerschaftsdauer von neun Monaten an. Sechs der Hebammen meinten, die Dauer einer Schwangerschaft würde von Frau zu Frau unterschiedlich sein.

#### 4.2 Antworten zum Geburtsablauf

Die Geburten finden meist im Hause der Schwangeren statt.

Der Beginn der Geburt zeigt sich durch Rückenschmerzen, Bauchkrämpfe und durch den verstärkten Drang Wasser zu lassen.

In der ersten Phase der Geburt soll sich die Schwangere bewegen und umhergehen. Die TBA geben der Gebärenden noch zu essen und zu trinken, achten aber wohl darauf, daß die Frau Blase und Darm entleert.

Zwölf der Hebammen reinigen die Genitalien mit Wasser.

Während der Geburt versichern sich die TBA durch Abtasten des Bauches, daß das Kind "is following the right path".

In der letzten Phase der Geburt, wenn der Damm sich vorwölbt und eventuell Teile des Kindes sichtbar, die Wehen stärker und schmerzhafter werden und die Gebärende Preßdrang verspürt, soll die Gebärstellung eingenommen werden.

Nach alter Tradition steht die Gebärende und hält sich an einem von der Decke herabhängendem Seil fest, während andere sie an der Schulter stützen. Die TBA sitzt vor der stehenden Frau. Beim Preßdrang wird die Gebärende von der Hebamme zum Pressen aufgefordert. Sechs der befragten Hebammen bevorzugen die oben erwähnte Stellung, denn in dieser ginge die Geburt schneller voran.

Sechs andere TBA bevorzugen Sitzen während der Geburt. Die Gebärende hält sich dabei an einem Seil fest, und die Hebamme sitzt vor der Frau.

Die restlichen acht Hebammen bevorzugen die horizontale Lage.

##### 4.2.1 Episiotomie

Ein Dammschnitt wird von den TBA nur dann gemacht, wenn es unbedingt notwendig erscheint. Die TBA verwenden zum Schneiden eine Schere oder die Fingernägel. Der Schnitt wird nicht versorgt.

Die Mutter wird angehalten, die Beine zusammenzuhalten und die Wunde mit warmem Salzwasser zuwaschen, bis Heilung eintritt. Ansonsten versuchen die TBA, den Damm mit den Fingern für den Durchtritt des Kopfes zu weiten. Besonders wirkungsvoll gegen das Reißen des Dammes sei eine Lösung aus Asche und Wasser, die äußerlich angewendet wird.

#### 4.2.2 Nabelschnurvorfall

Von den befragten TBA gaben zwölf an, daß die Gebärende bei Nabelschnurvorfall die Brust - Knielage einnehmen soll (siehe unter 2.3.4).

#### 4.2.3 Lageanomalien

Einige der TBA berichteten, sie hätten schon Kinder in Arm- und Fußlage entwickelt. Die Kinder wären nach der Geburt wohlauf gewesen.

#### 4.2.4 Einlieferung in das Hospital

Die TBA bringt die Gebärende in das Hospital, wenn ein Geburtsstillstand eintritt, nicht stillbare Blutungen auftreten, oder eine Hemmung der Urinausscheidung besteht und die einheimischen Pflanzenextrakte keinen Erfolg zeigen.

#### 4.2.5 Nachgeburt und Nabelschnurdurchtrennung

Nach der Geburt des Kindes wird die Frau von der TBA noch einmal zum Pressen angehalten, um die Plazenta auszustoßen.

Bei verzögerter Plazentalösung wird der Bauch massiert oder eine manuelle Plazentalösung vorgenommen.

Die Nabelschnur wird im allgemeinen nach der Ausstoßung der Plazenta durchtrennt.

Von den Hebammen gaben fünf an, sie würden die Nabelschnur erst dann durchtrennen, wenn sie zu pulsieren aufgehört habe.

Die Nabelschnur werde mit einem Faden oder Rindenbast des Boab-  
baumes abgebunden. Zur Durchtrennung verwenden die TBA eine Schere  
oder ein Messer. Die Instrumente werden meist mit warmem Wasser ge-  
reinigt. Elf der Hebammen binden die Nabelschnur zweimal ab und  
durchtrennen sie in der Mitte des abgebundenen Stückes. Neun der  
TBA binden dreimal ab und belassen zwei Knoten am Nabelstumpf.  
Die Wundfläche am Nabelstumpf wird mit Muttermilch und Speichel  
der Mutter, Asche und Kuhdung bedeckt.

#### 4.3 Versorgung von Mutter und Kind nach der Geburt

##### 4.3.1 Versorgung der Mutter

Die Mutter wird nach der Geburt gewaschen, und angehalten, sich  
auszuruhen. Sie bekommt viel zu trinken, um den durch das Schwitzen  
entstandenen Flüssigkeitsverlust auszugleichen und um die Laktation  
zu fördern.

Treten Blutungen auf, versuchen die TBA, diese zu stillen, indem  
sie eine "shuka", ein Tuch, um den Bauch binden, der Frau Chloroquin  
geben oder einen Tee aus den Pflanzen des "Mutora"baumes zubereiten.

##### 4.3.2 Versorgung des Neugeborenen

Ist ein Neugeborenes asphyktisch, werden Mund und Nase von der TBA  
gereinigt. Einige der Hebammen versuchen, das Kind zu erschrecken  
oder nehmen es an den Beinen, den Kopf nach unten.

Vor dem Stillen bekommt das Neugeborene eine Salz - Zucker - Wasser-  
lösung zu trinken. Diese Lösung soll die Mekoniumausscheidung be-  
schleunigen.

Die TBA bleiben nach der Geburt noch bis zu einer Woche bei der  
jungen Mutter, um eventuelle Komplikationen bei Mutter und Kind  
zu beheben.

#### 4.4 Familienplanung

Alle TBA waren sich darin einig, daß Geburten nicht kurz aufein-  
ander erfolgen sollten. Viele der Hebammen hatten das Gefühl, daß  
die Frau durch zu schnell aufeinanderfolgende Schwangerschaften zu

sehr geschwächt würde. Auch würde das Geburtsgewicht der Kinder durch zu häufige Schwangerschaften abnehmen.

Die TBA waren von der traditionellen Art der Geburtenregelung sehr überzeugt. Sie erzählten, zu ihrer Zeit wären die Kinder bis zu drei Jahren gestillt worden. In dieser Zeit hätten die Partner auch sexuell enthaltsam leben müssen. 14 der 20 befragten TBA raten der Frau, größere Abstände zwischen den Geburten einzuhalten. Wie die Frau die Geburtenregelung gestaltet, bleibt ihr selbst überlassen. Sechs der Hebammen sprechen mit ihren "Patientinnen" nicht über Geburtenregelung. Sie meinten, es wäre die Angelegenheit des Ehepaares.

## 5. BERICHT ÜBER EIN TRAININGSPROGRAMM FÜR TBA IN KERICHO

The African Medical and Research Foundation (AMREF) führte einen weiteren Kurs für und mit den TBA in Kericho, Rift Valley, durch (26). Der Bezirk liegt nordwestlich von Nairobi, ungefähr in der Mitte der Luftlinie Nairobi - Kisumu (Abb.3,10).

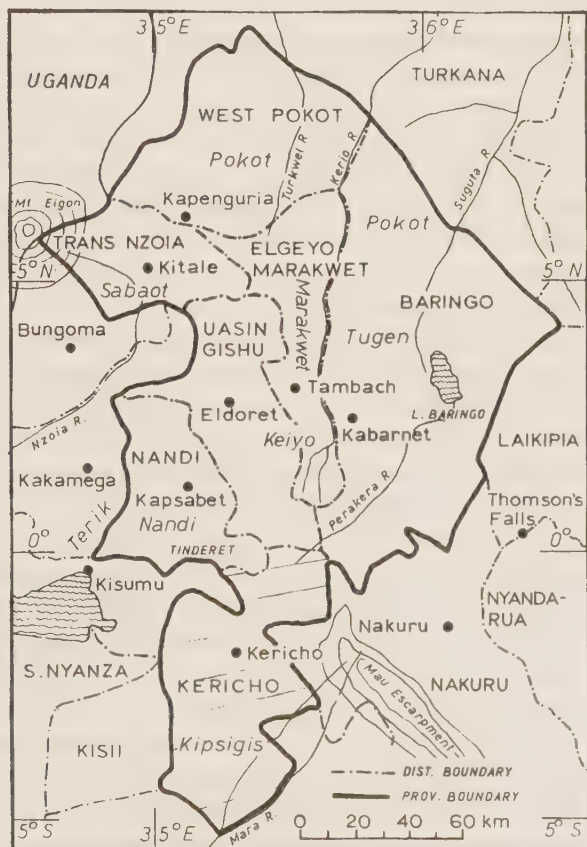


Abb. 3: Gebiet in dem die Kaljin leben (Quelle: Kipkorir, Kenya's people, People of the Rift Valley, London 1978)

Das Rift Valley wird von den ethnischen Gruppen der Kalenjin bewohnt, der Kericho Distrikt von den Kipsigis, einer ethnischen Untergruppe.

In dem Kurs, der im November 1981 abgehalten wurde, befragten Mitarbeiter von AMREF 36 TBA über ihr Verhalten bei der Geburt, über Schwangerschaftsvorsorge und - nachsorge, über Risiken und über die Ernährung der Schwangeren (26).

### 5.1 Der Geburtsablauf

Nach Aussagen der Hebammen beginnt die Geburt, nach einer Schwangerschaftsdauer von zehn Monaten, mit vermehrtem Wasserlassen und heftigen Bauchschmerzen.

Die Gebärende bestimmt die Gebärstellung nach ihrem Bedürfnis. Die häufigsten Positionen sind Knien, Stehen und Sitzen. Die Gebärende wird dabei von anderen Frauen am Rücken abgestützt.

Eine andere Variante ist noch das Anlehnen an der Wand und das Liegen. Die Hebammen fordern die Gebärende auf, dem Preßdrang nachzugeben, wenn der kindliche Kopf sichtbar, der Anus sich wie zum Stuhlgang öffnet und stärkere und heftigere Wehen auftreten. Wie eine TBA berichtete, sind Ausnahmen möglich. Sie hätte bei einer Zwillingsgeburt eine Hinterhauptslage und eine Beckenendlage entwickelt. Die Geburt, "labour", bei Mehrgebürenden sollte nicht länger als vier bis sechs Stunden dauern. Bei einer Erstgebärenden könnte sich die Geburtsdauer schon über ein bis zwei Tage erstrecken.

Die TBA machen eine Episiotomie nur dann, wenn die Mutter schwach, der Kopf des Kindes zu groß und wenn die Mutter eine Erstgebärende ist. Ansonsten wird der Damm mit den Fingern für den Durchtritt des Kopfes geweitet.

Bei einer Episiotomie wird der Damm mit einer Schere, einem Messer oder den Fingernägeln geschnitten. Einige der TBA machen einen lateralen Dammschnitt, andere einen bilateralen.

Die Wunde soll zweimal täglich mit warmem Salzwasser behandelt werden. Außerdem soll die Frau auch die Beine geschlossen halten, um die Wundheilung zu beschleunigen.

Die Nabelschnur wird nach zweimaligem Abbinden, ungefähr fünf Zentimeter vom Nabel entfernt mit einer Schere durchtrennt. Zum Abbinden verwenden die Hebammen einen Faden, den Rindenbast der "Burburetiet" pflanze oder die Rinde des "Kipsotet" baumes. Die Schnittfläche des Nabelschnurstumpfes wird mit Muttermilch bedeckt. Bei einer entzündeten und eitrigen Schnittfläche, geben die TBA auf den Stumpf den Dung einer Eidechse oder den Saft der "Kuseruwet" pflanze.

Wird die Plazenta nicht spontan ausgestoßen, drückt die Hebamme, ähnlich dem Crede'schen Handgriff, auf den Fundus uteri. Die Vollständigkeit der Plazenta überprüft sie, indem sie den Mutterkuchen in einen Wasserbehälter gibt und so feststellt, ob Teile der Plazenta fehlen oder die Membran zerstört ist. Wasser tritt dabei nur durch die defekten Stellen der Plazenta.

## 5.2 Versorgung von Mutter und Kind nach der Geburt

Nach den Aussagen der TBA wird die Mutter nach der Geburt gewaschen, es wird ihr zu essen gegeben, und sie wird zur Ruhe aufgefordert. Die Hebammen vergewissern sich, daß die Mutter stillen kann und raten der Frau, die Vulva dreimal täglich zu waschen. Normalerweise empfehlen die TBA den Frauen auch, für zwei bis drei Monate sexuell enthaltsam zu leben.

Wenn die TBA bemerkt, daß die Mutter alleine nicht zurecht kommt, bleibt sie noch einige Tage bei der Wöchnerin.

Das Neugeborene wird gebadet und eingeölt. Vor dem Anlegen geben ihm die Hebammen etwas Zuckerwasser zu trinken.

Die TBA beobachten die Aktivität des Neugeborenen, auch die Ausscheidung von Stuhl und Urin.

Bei Asphyxie saugen die TBA Nase und Mund des Säuglings ab oder klopfen dem Neugeborenen auf das Gesäß oder geben ihm "Tereriet", ein Pflanzenextrakt, zum Inhalieren.

### 5.3 Gebote und Verbote während der Schwangerschaft

Die TBA gaben an, daß die Frau während der Schwangerschaft Fleisch und Hirse essen und Milch trinken dürfe, morgens nach dem Aufstehen jedoch Wasser trinken soll. Verboten sind der Schwangeren dagegen Mais, Bananen und Süßkartoffeln, da das Neugeborene sonst nach der Geburt zuviel schreien würde.

Honig und Alkohol rufen Asphyxie hervor. Bohnen bewirken Verstopfung und Eier lassen den Foeten zu groß werden, was wiederum Schwierigkeiten bei der Geburt gäbe. Nach der Geburt wird die Frau von der TBA angehalten, zur Stärkung Milch und Blut zu trinken.

Die Frau soll sich sowohl während der Schwangerschaft, als auch nach der Geburt schonen.

Tabus regeln auch das Sexualleben der Schwangeren. Ab der 12 SSW soll kein sexueller Kontakt zum Partner stattfinden. Wird das Gebot nicht eingehalten, kommt das Kind "schmutzig" zur Welt. Nach der Geburt besteht das Tabu solange, bis das Kind laufen kann.

Es war für die Mitglieder von AMREF schwierig, den Hebammen zu erklären, daß die "weiße Schmiere", Vernix caseosa, bei einem Neugeborenen eine ganz normale Erscheinung sei.

### 5.4 Klinikeinweisung

Die TBA gaben an, bei Geburtsstillstand, bei vorgefallenen Extremitäten, bei Nabelschnurvorfal, bei Harnretention, bei Frauen mit Nierenerkrankungen, bei unstillbaren Blutungen und bei Erstgebärenden das Krankenhaus zu konsultieren.

### 5.5 Medikamente während Schwangerschaft und Geburt

Bei Bauchschmerzen während der Schwangerschaft geben die TBA der Schwangeren Tee aus "Chemumisot" und aus Wurzeln des "Moronget", beides einheimische Pflanzen.

Um die Geburt zu beschleunigen, erhält die Frau "Isokiat" zu kauen. Die Pflanze wird meist Erstgebärenden gegeben. Bei verzögerter

Ausstoßung der Plazenta bekommt die Schwangere Tee aus den Wurzeln des "Sugerwet" und "Kosisitut" und Tee von den Blättern des "Moronget".

## 5.5 Familienplanung

Die TBA meinten, daß zu ihren Zeiten die Frauen bis zur nächsten Schwangerschaft drei Jahre vergehen ließen.

Ermöglicht wurde dies durch Stillen, Abstinenz, Polygynie und den "rituellen" Koitus, das heißt, das Glied des Mannes dringt nicht in die Vagina der Frau ein.

Die Auseinandersetzung mit modernen Verhütungsmitteln fiel den Hebammen schwer, doch sie wollten mit den Mitarbeitern von AMREF zur Aufklärung der Frauen ihren Beitrag leisten.

## 6. ZUSAMMENFASSUNG VON BEFUNDEN AUS DEM MACHAKOS DISTRIKT, KENYA

Die Auswertung des Projektes des Medical Research Center in Nairobi zeigte, daß die traditionelle Hebamme eine bedeutende Rolle im Gesundheitswesen des Landes Kenya spielt (siehe unter 3,38,23). Die TBA leitet 75,4% aller Geburten. Nach Angaben der WHO (42) finden in den Ländern der Dritten Welt 60% bis 80% der Geburten unter Leitung der traditionellen Hebamme statt.

Die für die TBA von der Regierung durchgeführten Trainingsprogramme erweiterten den Wissensstand der Hebammen und machten eine gezielte Schwangerenvorsorge möglich. Die Hebammen wurden über Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt, sowie über gezielte Familienplanung aufgeklärt.

Mwalali (23) gibt an, daß in dem Untersuchungsgebiet Matungulu - Mbiuni das Verhältnis Arzt zur Bevölkerung 1:16000 beträgt, das Verhältnis T.T.B.A zur Bevölkerung 1:1300, und das Verhältnis der U.T.B.A zur Bevölkerung 1:830.

T.T.B.A ist die Abkürzung für "trained traditional birth attendant" und soll heißen, daß die traditionelle Hebamme einen Kurs mitgemacht hat.

U.T.B.A, die Abkürzung für "untrained traditional birth attendant", bedeutet eine traditionelle Hebamme, die keinen Kurs absolviert hat.

Mwalali (23) schreibt, daß eineinhalb Jahre nach dem Projekt des Medical Research Center, das Ende des Jahres 1979 begann und bis Anfang 1981 dauerte, von 1612 Schwangerschaften 1586 Geburten stattfanden, von denen wiederum 1196 (75,4%) Hausgeburten waren. Von diesen 1196 (75,4%) wurden 47,8 (40% von T.T.B.A geleitet, 404 (33,8%) von Verwandten der Schwangeren, 213 (17,8%) von der U.T.B.A und 101 (8,4%) Frauen entbunden alleine (Tabelle 1).

Die sozio - ökonomisch ärmere Gegend um Mbiuni zeigte mit 83,1% eine höhere prozentuale Anzahl der Hausgeburten (Tabelle 2).

Aus der Untersuchung ergab sich auch, daß 28 Steißlagen zu Hause entbunden wurden. 15 der Steißlagen wurden von der T.T.B.A entwickelt. Davon überlebten 13 Neugeborene. Die restlichen 13 Steißlagen wurden von der U.T.B.A entwickelt. Es überlebten zehn.

Die Totgeburtenrate betrug bei den Hausgeburten 2,0%, bei den Geburten in der Klinik 2,8%. Die prozentualen Werte beziehen sich auf das gesamte Untersuchungsgebiet (Tabelle 3).

Im sozio - ökonomisch ärmeren Gebiet um Mbiuni zeigte sich eine bemerkenswert niedere Totgeburtenrate: 0,6% bei Hausgeburten und 2,0% bei Klinikgeburten (Tabelle 3).

Die hohe Totgeburtenrate in den Krankenhäusern könnte auf Transportschwierigkeiten und schlechtes Straßennetz zurückzuführen sein.

Die Hebammen zeigten sich der Familienplanung gegenüber sehr aufgeschlossen. Stillen, Einhalten der Tabus, gegenseitige Achtung der Partner, Gemeinschaftssinn, sowie Polygynie sind für viele TBA alt bekannte Mittel der Familienplanung.

Die Polygynie, in Kenya vor allem an der Westküste zu finden, ermöglichte es der Frau, für das Kind "dazusein". Die Anwesenheit mehrerer Ehefrauen bedeutete für die individuelle Frau, ihrem Ehemann als Sexualpartner und Gebälerin nur alle vier Jahre, also nach der Stillzeit, zur Verfügung stehen zu müssen".

Nach alter Überlieferung sind nahe aufeinanderfolgende Geburten der Akamba unwürdig.

Die TBA wußten von den modernen Mitteln der Geburtenregelung, wie Pille, Kondom, IUP, Dreimonatsspritze, Temperaturmessung und Sterilisation. Der Großteil der TBA sah ab einer Anzahl von sechs Kindern pro Familie die Anzahl erreicht, ab der mit Geburtenregelung spätestens begonnen werden sollte (Tabelle 4).

Nach Meinung der traditionellen Hebammen würde gezielte Familienplanung zu besserem Gesundheitsverhalten führen, außerdem wäre Familienplanung in wirtschaftlich ungünstigen Zeiten sehr notwendig.

## 7. DISKUSSION

Die Einbeziehung der Hebammen als wichtige Bezugsperson einer Schwangeren hat - im Rahmen der Gesundheitsversorgung in den Dritte Welt Ländern - einen positiven Effekt auf den Gesundheitszustand der werdenden Mütter, auf die Geburtsvorbereitung und die Nachsorge.

Aus einem Forschungsbericht des Medical Research Center in Nairobi, "The outcome if pregnancy"(29), geht hervor, daß die Säuglingssterblichkeit, d.h. Sterblichkeit der Lebendgeborenen einschließlich der Todesfälle bis zum Ende des 1.Lebensjahres, in Kenya im Jahre 1969 eine Quote von 114 pro 1000 Lebendgeborene ergab und im Jahre 1973 eine Quote von 104 pro 1000 Lebendgeborene. Im Vergleich dazu: Die "Infant mortality" lag in Mali 1976 bei 120,9 pro 1000 Lebendgeborene und in Ägypten bei 87,5 pro 1000 Lebendgeborene (WHO,41).

In den europäischen Ländern betrug die Säuglingssterblichkeit im Jahre 1973 für Schweden 9,9‰, für die Niederlande 11,5‰ und für die Bundesrepublik Deutschland 22,7‰ (22).

Die perinatale Sterblichkeit, das ist die Sterblichkeit der Neugeborenen vor, während und in den ersten 7 Tagen nach der Geburt, einschließlich der nach der Geburt gestorbenen Kinder, die zur Zeit der Geburt mehr als 1000g gewogen haben, lag in Ägypten im Jahre 1976 bei 12,9‰ (WHO,41).

Im Jahre 1973 lagen die perinatalen Sterbeziffern in Schweden bei 14,1‰, in den Niederlande bei 16,4‰ und in der Bundesrepublik bei 23,0‰ (22).

Die Differenz zwischen den Werten resultiert daraus, daß das soziale Gefüge im Norden Europas vom Staate her besser ausgebaut wurde und speziell in den Niederlanden das Ansehen der Hebammen sehr groß ist. Durch die intensive Betreuung ist eine frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren gegeben, und infolge dessen wird auch ein frühzeitiges Handeln ermöglicht (22).

Untersuchungen zeigten aber auch, daß nicht nur die Bindung zwischen Hebamme und der schwangeren Frau, sondern auch die räumliche Umgebung und die Geburtsstellung eine große Rolle spielen. Odent (28), ein französischer Chirurg und Geburtshelfer, führte in Pithivier die vertikale Geburtsstellung ein. Der Geburtsablauf ähnelt der "sanften Geburt" Leboyers (15). Das Ergebnis war, daß die perinatale Sterblichkeit in der Klinik Pithivier auf eine Quote von 10 pro 1000 Lebendgeborene sank. Im Jahre 1979 betrug die Perinatalsterblichkeit in Frankreich 20 pro 1000 Lebendgeborene.

Eine andere vergleichende geburtshilfliche Studie, die in Holland von Naaktgeboren (24) durchgeführte Studie über Hausgeburten, liefert weitere informative Daten.

In Holland wurden 1969 60,1%, 1973 54,6%, 1979 35% der Kinder zu Hause geboren. Die Säuglingssterblichkeit betrug 1973 11,5%, 1979 8,7%.

Im Jahre 1969 ergab eine Untersuchung einer Probandengruppe mit Hausgeburten eine Totgeburtenrate von 4,25%. Bei Geburten im Krankenhaus betrug die Sterblichkeitsrate 22,94%.

Die Perinatalsterblichkeit betrug 1969 bei den "Hausgeburtenprobanden" 7,47%, bei den Probanden für Krankenhausgeburten 41,09%. Allgemein auf die Niederlande bezogen betrug die Perinatalsterblichkeit 19,59%.

Im Jahre 1979 hatte sie bei Hausgeburten einen Anteil von 2,8%, allgemein 12%. Wie aus den Zahlen zu sehen ist, muß eine hohe Hausgeburtenrate nicht unbedingt mit einer hohen Perinatal- und Säuglingssterblichkeit einhergehen.

In den Niederlanden spielen die Hebammen, wie schon erwähnt, bei den Geburten eine bedeutende Rolle. Die Hebammen leiten die Geburt, sind in der Schwagerenvorsorge und -nachsorge tätig und klären die Frau über Risiken auf.

Die Hebammen werden angehalten, den Arzt nur dann zu rufen, wenn bei der Geburt schwerwiegende Komplikationen eingetreten sind. Dazu ist noch zu bemerken, daß durch eine gute sozialmedizinische Versorgung in den Niederlanden bei geburtshilflichen Notfällen, zum Beispiel durch die unmittelbare Rufbereitschaft eines Notarztwagens, schnell geholfen werden kann.

Die Eltern können den Ort der Entbindung selbst wählen, doch viele Schwangere, Risikoschwangerschaften ausgenommen, entbinden zu Hause, in der vertrauten Umgebung und mit den vertrauten Menschen. Die Verhaltensforscherin Niles Newwton (25) hatte recht mit der Behauptung, daß Mangel an Stress und ein natürlicher Ablauf der Geburt den Geburtsvorgang günstig beeinflussen. Diese Feststellung traf sie bei Versuchen mit Mäusen, die bei einem gestörten Geburtsprozeß länger zum Werfen brauchten und bei einem ständigen Ortswechsel (die Situation der Gebärenden in unserer Kultur simulierend) erheblich mehr Mäuse tot zur Welt brachten.

Die Perinatalpsychologie erkannte, daß sich das "Wie" des Geborenwerdens - eine schmerzhaft oder eine leichte Geburt, ein sanftes oder gewaltsames zur Welt kommen - weitgehend bestimmend auf das Werden des Menschen und seine seelische Bewußtseinslage auswirken kann.

Die Frauen sollten während der Geburt emotional offen bleiben, und das, was sie fühlen, auch wirklich zum Ausdruck bringen und bereitwillig annehmen, anstatt es rational zu bewältigen und zu unterdrücken zu versuchen.

Das Kind, das sich auf der Geburtsreise befindet, ist von den positiven und negativen Einflüssen und Empfindungen der Mutter abhängig.

Die Geburt nach Odent, Leboyer und die Gebärweisen ethnischer Gruppen sollten Ansätze geben zur Entstehung positiver Urgefühle, zur Linderung des Traumas "Geburt" (40).

Befragungen von AMREF und dem Medical Research Center (siehe Punkt 3,4 und 5) zeigten, daß der überwiegende Teil der TBA eine vertikale Geburtsstellung als die normale Stellung ansieht. Dazu ein Zitat von Mendez - Bauer (20): "The suspine position is a very good way to start a pregnancy but a very bad one to end it." Schon 1950 stellte Perussi (31) fest, daß die jetzt gebräuchliche horizontale Lage der Gebärenden "die normale funktionelle Dynamik umstößt, die jeglichen physiologischen Vorgang sonst harmonisiert." Mendez - Bauer (19) meint: "Die Entbindung in Rückenlage ist ge-

burtstechnisch nicht die unbedingt physiologischste. Sowohl die sitzende, als auch noch mehr die stehende Position der Mutter beschleunigen und erleichtern die Eröffnungsphase. Beim Wechsel aus liegender in sitzende oder stehende Position nimmt die Wehenfrequenz zwar ab, die kontraktile Effizienz des Uterus jedoch verdoppelt sich. Im Stehen erreichten die Wehen eine Intensität von 30 bis maximal 100 mmHg. Alle Gebärenden gaben außerdem an, die Wehen im Stehen, bzw. beim Umherlaufen und im Sitzen weniger schmerzhaft zu empfinden."

Nach Kirchhoff (11) bringt die vertikale Geburtsstellung gegenüber der horizontalen eine bessere Akkomodation des kindlichen Kopfes in den Beckeneingang, eine Erweiterung des sagittalen Durchmessers des Geburtkanals von etwa 1,5 cm. Die Schwerkraft des Uterus wirke sich günstig aus auf die Verstärkung der Wehen, fördere die Muttermundöffnung, erleichtere die Entwicklung des Kopfes um den Schambeinbogen herum und verstärke den Druck beim Preßakt. Die Geburtszeit verkürze sich, es könne kein Vena cava Syndrom entstehen und so keine insuffiziente Blutversorgung des Kindes, Die mütterliche Atemkapazität vergrößere sich. Die fetomaternale Transfusion sei geringer, die Zangenfrequenz würde abnehmen.

In ähnlicher Weise äußert sich Caldeyro - Barcia (3). Auch er hat beobachtet, daß bei einer vertikalen Haltung die uterine Tätigkeit nicht nur viel wirksamer ist, sondern von der Gebärenden auch angenehmer empfunden wird, daß die Geburtsarbeit um anderthalb Stunden verkürzt wird und daß Dammrisse nur selten auftreten. Beim Stehen stellt sich der Beckeneingang bei gestreckten Beinen wesentlich vergrößert dar und der Kopf tritt leichter ins kleine Becken. Da in der Hocke der Beckenausgang um 1,5 cm erweitert wird, wäre diese Stellung am besten für die Austreibungsphase. Am zweitbesten ist die halbsitzende Position, bei der die Schwerkraft die Frau beim Pressen unterstützt. Die Plazenta wird spontan ausgestoßen, so daß Ziehen an der Nabelschnur nicht nötig ist und Nachblutungen vermieden werden. Auch ist festes Drücken auf den Fundus des Uterus, wodurch die Sauerstoffzufuhr beeinträchtigt wird, nicht erforderlich.

Die vertikale Geburtshaltung wird immer mehr als die natürliche Haltung akzeptiert und in einigen Kliniken bereits ermöglicht.

Auch Dokumente aus Kunstgeschichte und Geschichte der Medizin weisen auf die aufrechte Haltung während der Geburt hin. Kirchhoff (11) und Hartge (8) schreiben, daß prähistorische Skulpturen, frühe bildliche Darstellungen der Geburt, z.B. aus Mesopotamien, Indien, Griechenland und Ägypten die Gebärende in vertikaler Stellung zeigen.

Nach Hartge (8) ist aus zeitgenössischen Texten der Pharaonenzeit zu lesen, daß für die Gebärende in Ägypten das aufrechte Sitzen, bzw. Hocken die übliche Körperhaltung war. Die Geburten wurden von Hebammen geleitet. Die Frau gebar über parallel zueinander liegenden Ziegelsteinen aus Lehm.

Die Anordnung der Ziegelsteine dürfte wohl als der Vorläufer unseres Gebärstuhles zu sehen sein.

Ob im frühen Ägypten (Knien, Hocken auf Ziegelsteinen, Hartge), bei den Hausa in Nigeria (Knien, Fleischer), bei den Eipo in Neuguinea (Sitzen, Hocken, W. Schiefenhövel), oder den Akamba und Kipsigis in Kenya (Knien, Hocken, halbsitzend, halbliegend), die Geburt in der Vertikalen ist in nicht-westlichen Kulturen die gebräuchlichste Stellung.

Ich möchte in folgendem einen Entwurf einer "traditionellen" Geburt aufzeichnen und dabei Bezug nehmen auf eine nicht afrikanische ethnische Gruppe, die Eipo in Neuguinea, die von Wulf Schiefenhövel (33) untersucht wurde.

Die Geburt findet in einer vertrauten Umgebung, bei den Eipo im Frauenhaus, bei den Akamba in der Wohnhütte, statt. Die Hebamme, die der Gebärenden ebenfalls sehr vertraut ist, ist vom Einsetzen der ersten Wehe bis zur Zeit des Wochenbettes bei der Mutter. Die Eipofrauen begeben sich bei Beginn der Wehen in das Frauenhaus, das sie auch an den Tagen der Menstruation aufsuchen.

Frauen des Dorfes, die Mutter oder Schwiegermutter der Gebärenden, in jedem Falle Frauen, die selbst schon geborenen haben, unterstützen sie. Sie sitzen in unmittelbarer Nähe und betreuen die Gebärende mit viel Zuwendung, die sich in engem Hautkontakt und Massage äußert.

Speziell den Erstgebärenden wird diese Art von Zuwendung zuteil. Diese erhalten auch Ratschläge, wie sie sich in den einzelnen Geburtsphasen zu verhalten haben. Die Mehrgebärenden werden meist sich selbst überlassen und erhalten weniger Zuwendung, außer es treten Komplikationen während des Geburtsablaufes auf.

Bei den Akamba werden die Frauen von der traditionellen Hebamme betreut. Beide, sowohl die Hebamme als auch die Gebärende werden von der Mutter, Schwiegermutter oder anderen weiblichen Personen des Dorfes während des Geburtsvorganges unterstützt. Auch hier wird den Erstgebärenden eine besondere Betreuung zuteil. Die Mehrgebärenden werden, aufgrund ihrer schon gemachten Geburtserfahrung, meist sich selbst überlassen.

Die traditionelle Gebärstellung, die die Akambafrau einnimmt, ist das Knien. Variationen der vertikalen Lage wie Stehen und Hocken kommen vor. Die Hebamme sieht die Stellung, die die Frau nach den eigenen Bedürfnissen gewählt hat, als die "richtige" an. Sie sitzt bei der Geburt meist vor der Gebärenden und gibt Hilfestellungen. Bei Einsetzen der Wehen, also bei Geburtsbeginn, geht die Kreißende noch umher und bewegt sich.

Auch die Eipofrau nimmt eine vertikale Stellung ein. Sie wählt zwischen Stehen, Knien, Hocken, Sitzen oder einer Kombination dieser Formen. Die Gebärende läßt sich bei der Wahl der Stellung vom Gefühl nach der bequemsten Haltung mit den geringsten Schmerzen leiten.

Bei Schmerzen beschränken sich die geburtshilflichen Maßnahmen auf äußerliche Handlungen, wie Massage des Rückens, der Flanken und des Abdomens. Während der Geburt führen die Eipo nur sehr selten Untersuchungen am Genitale durch. Wenn es einmal der Fall sein sollte, dann wird in der Austreibungsphase die Vulva inspiziert.

Das Perineum wird beim Durchtritt des Kopfes nicht geschützt. Bei Geburtskomplikationen rufen die Eipofrauen den Medizinmann, damit er mit "magischen" Handlungen den Geburtsablauf beschleunigt und einem pathologischen Ablauf der Geburt vorbeugt.

Auch bei den Akamba massiert die TBA die Gebärende an Abdomen, Rücken und Flanken bei Auftreten von Schmerzen. Die Akamba nehmen geburtshilfliche Maßnahmen vor, wie Weiten des Geburtskanals, um das Austreten des Kindes zu erleichtern. Das Perineum wird geschützt. Geburtskomplikationen, wie abnorme Lagen, versucht die TBA, je nach manueller Geschicklichkeit, selbst zu beheben. Bei anhaltenden starken Schmerzen oder verlangsamten Geburtsablauf erhalten die Gebärenden bei den Akamba kräuterextrakte einheimischer Pflanzen. Nach Goldammer (7) haben Pflanzen die mythologische Bedeutung von Fruchtbarkeit und längerem Leben. Die Pflanzen können aber auch den "Dämon, also Böses, aus dem Leibe treiben." Ein Zusammenhang kann zwischen der Frau als Gebärender und dem "Medikament" - Pflanze bestehen, denn die traditionelle Rolle der Frau ist die der Mutter. Ihre Fruchtbarkeit gilt als Symbol für Fruchtbarkeit und wird dafür verwandt, diese zu erhalten oder wiederherzustellen.

Ein Bericht von L. Fleischer (5) über die Hausa, einer ethnischen Gruppe in Nigeria zeigt, daß die Verwendung von Pflanzen als Heilmittel in der Geburtshilfe und Frauenheilkunde keine Seltenheit ist. Auch bei den Hausa gilt die Pflanze als ein Symbol für Fruchtbarkeit, und es obliegt der weisen Frau, der TBA, die Schwangere damit zu behandeln.

Die Nabelschnur wird bei den Eipo nach Erscheinen der Nachgeburt, den Akamba und, um noch eine andere ethnische Gruppe zu nennen, auch bei den Modegassen (Schomerus - Gernböck, 35) vor der Geburt der Plazenta, bei Blutleere der Nabelschnur durchtrennt. Dazu ein Zitat von Martius (16): "Bei der Wahl des Zeitpunktes der Nabelschnurdurchtrennung ist zu beachten, daß durch die plazentare Transfusion, d.h. den Übertritt des plazentaren Restblutes zum Kind, ein Volumenzuwachs bis zu 60% der zirkulierenden Blutmenge erreicht wird, was für den postpartalen Zustand des Kindes keineswegs gleichgültig sein kann. Bei reiferen Kindern wird nach dem Erlöschen der Nabelschnurpulsation und nach dem Einsetzen der

Atmung ohne Ausstreichen der Nabelschnur abgenabelt."

Die traditionelle Geburtshelferin und die Gebärende selbst massieren den Bauch, ähnlich dem von Baer beschriebenen Handgriff, und unterstützen somit die Ausstoßung des Mutterkuchens.

Mit der Ausstoßung der Plazenta ist bei den ethnischen Gruppen, den Akamba wie Eipo, die Geburt beendet, und es beginnt somit die Stillzeit, die Zeit des engen Körperkontaktes zwischen Mutter und Neugeborenem.

Auffallend ist, daß die Eipofrau während der Geburt zwar durch den intensiven Hautkontakt mit den Frauen "Hilfe" verspürt, doch ohne besondere äußere geburtshilfliche Maßnahmen das Kind entbindet. Die Gebärende ist mit die eigene Hebamme.

Die TBA dagegen spielt bei den Akamba und Kipsigis bei der Geburt eine wichtige Rolle. Sie ist Bezugsperson, Vertraute und Geburtshelferin.

Vorschriften und Tabus um Schwangerschaft und Geburt sind mythologische Inhalte der afrikanischen Krankheitslehre. Sie sollen die Schwangere und den Foet gesund halten, Böses abwenden und die Fruchtbarkeit der Frau nicht gefährden. Durch ein Fehlverhalten (Brechen von Tabus) kann eine Krankheit oder eine Komplikation auftreten.

Um den Gedankengang zu veranschaulichen, greife ich auf ein Beispiel von Luitgard Fleischer (6) zurück.

Bei den Hausa meint man, wenn sich ein Neugeborenes nicht gut entwickelt, sei die "Schuld" der Muttermilch zuzuschreiben. Man sagt: "Sie ist sauer geworden und verdirbt die Gesundheit des Kindes." Daß die Milch "sauer" wurde, wird darauf zurückgeführt, daß die Mutter trotz des Verbotes während der Stillzeit Geschlechtsverkehr hatte und nun wieder schwanger ist. Auch die Milch wurde "schwanger" und bedroht nun die Gesundheit des Brustkindes und die Entwicklung des Foetus.

Ähnliches zeigt sich bei den Akamba, die zum Beispiel den Verzehr von Eiern während der Schwangerschaft als eine Gefahr für den Geburtsablauf sehen, da das Baby zu groß werden könnte. So verhält

es sich auch bei den Kipsigis und den anderen besuchten Gruppen.

Die Selbständigkeit der Frau, die Selbstverständlichkeit zu gebären, die Sicherheit in der Frauengruppe, das "Geborgensein" in den Händen der TBA, der "naturbelassene" Ablauf der Geburt, d.h. die vertikale Stellung, das eventuelle Eingreifen in den Vorgang bei Komplikationen, das Fehlen von Technik und wesrlicher Medizin, ziehen als roter Faden durch den Geburtsvorgang und die Schwangerschaft.

Die heranwachsenden Mädchen werden schon sehr früh mit dem Geschehen Geburt konfrontiert. Auch hat die Rolle der Frau und Mutter in den nicht - westlichen Kulturen die kulturhistorische Bedeutung von Fruchtbarkeit und Lebenschenken.

Sheila Kitzinger (12) meint, daß das Mutterverhalten weder angeboren noch einfürallemal festgelegt ist, sondern sich in direkter Antwort auf die Gesellschaft, in der die Frau lebt, entwickelt.

Die Geburt - Leben schenken - hat dort, wie in unserer westlichen industrialisierten Welt die Bedeutung, den Fortbestand der Art und der jeweiligen Kultur zu sichern.

In der westlichen Kultur ist die Sorge um das Überleben des Neugeborenen noch ausgeprägter, zumal in den Industrieländern die Zahl der Nachkommen immer mehr abnimmt und aufgrund des Wohlstandes die Nachkommen die soziale Sicherheit aller garantieren sollen. Der Geburtsablsuf wurde so zu einem von der Technik überwachten Vorgang, der programmiert werden kann.

Die Rolle der Frau als Gebärende und werdende Mutter, die seelische und psychologische Veränderung, die die Frau und die Familie miterleben, werden außer acht gelassen.

In dem letzten Jahrzehnt jedoch hat sich die Einschätzung der Rolle als Frau, Mutter und Gebärende geändert; die Geburt sollte mit ein Teil der Selbstverwirklichung der Frau sein. Die neue Bewußtwerdung der Frau, die Diskussionen von Hebammen und Geburtshelfern um die Umgestaltung, eine Humanisierung der Geburtshilfe, können doch Wegbereiter für eine natürliche Geburt sein.

" Wenn eine Frau sich für eine "natürliche", d.h. möglichst wenig pharmakologisch und durch den Einsatz technischer Mittel beeinflusste Geburt entscheidet, weil ihre Schwangerschaft ganz normal war, weil sie darauf vertraut, zu den 95% der Gebärenden zu gehören, die mit einem weitgehend komplikationslosen Verlauf der Geburt rechnen können, weil sie sich für stark genug hält, auch schwierige Phasen des Geburtsgeschehens meistern zu können, und weil sie einen Teil des nie ausschaltbaren Risikos zu tragen bereit ist, sollte man ihr meiner Ansicht nach alle Entscheidungsmöglichkeiten dazu freistellen." (Zitat, W. Schiefenhövel, 34,245).

Hebammen und Geburtshelfer sind in die Diskussion um die Gestaltung einer "natürlichen Geburt" eingestiegen. Das zeigen z.B. einige praktische Ausführungen zur Humanisierung der Geburt in regionalen Krankenhäusern, eine Tagung der evangelischen Akademie in Tutzing, im Herbst 1982, und Untersuchungen, speziell der vertikalen Gebärstellung, von Geburtshelfern wie Odent und Mendez - Bauer. Es ist möglich, daß eines Tages die Vertikale die Normalstellung sein wird. Viele Beispiele, wie Erfahrungsberichte von jungen Eltern (2,32), zeigen Erfolge und Begeisterung über einen neuen Weg in der Geburtshilfe.

Im Zuge der Arbeit zeigte sich mir auch, daß die Entwicklungspolitik und das traditionelle Gesundheitswesen verschiedene Pole darstellen.

In Aufsätzen von Jestel (9), Senghaas (36) und Velimirovic (39) wird die Thematik auf wirtschaftlicher, sozialpolitischer und kulturpolitischer Ebene behandelt.

Der Ethnozentrismus, der oft die Basis wirtschaftlicher Entwicklungshilfe ist, bildet in vielen Ländern der Dritten Welt eine Schranke für das Anerkennen von traditionellen Kulturen und deren Gepflogenheiten.

In Kenya wurden traditionelle Geburtshelfer in das Gesundheitswesen eingegliedert. Dadurch konnte die moderne Medizin besser an die Bevölkerung herangetragen werden.

Ich meine jedoch, daß die medizinische Betreuung durch das Eingehen auf die kulturellen Gegebenheiten des Landes, mit Einbeziehen der modernen Medizin noch effektiver verändert werden könnte.

In Gesprächen mit dem Team der Universität Nairobi konnte ich erfahren, daß besonders darauf geachtet wird, viele Einheimische in die Arbeit einzugliedern.

Ein Kritikpunkt war, daß z.B. Ärzte von anderen ethnischen Gruppen Kenyas bei den Akamba arbeiteten und so Sprachschwierigkeiten entstanden, das Vertrauen schwand und die Patientenzahl zurückging.

Eine weitere Frage stellte sich mir: Ist es human, die Länder der Dritten Welt ihrer Kultur zu berauben?

Für die schriftlosen Kulturen, z.B. die ethnischen Gruppen in Kenya, hat jeder biologische Ablauf einen philosophischen und mythologischen Hintergrund.

Religion, Gebräuche, Magie, Aberglauben, Naturverbundenheit prägen den kulturellen Hintergrund und die Lebensphilosophie. Das Vertrauen in alte Gegebenheiten und Kulturen ist größer als zu Neuem und Fremdem.

Trotz der politischen Unruhen und der Angst, offen über Politik zu sprechen, konnte ich erfahren, daß der Wunsch zureigenen Tradition zurückzukehren, sehr ausgeprägt ist.

" Wenn du über die Erhaltung der Kultur sprichst, glauben sie immer, du redest von Nationalstolz, obwohl du tatsächlich über harte Nationalökonomie redest. Die teuerste Ware auf dem Weltmarkt ist nicht Gold oder Diamant, sondern Kultur."(9)

## 8. ZUSAMMENFASSUNG

- 8.1 Die Hebammen im Machakos Distrikt, in Kibwezi und im Distrikt von Kericho berichteten im Rahmen der Untersuchungen von AMREF, des Medical Research Center in Nairobi und meiner Untersuchungen über Geburtsstellungen und das Vorgehen bei Geburten.

Die traditionelle Gebärstellung, nämlich die vertikale Stellung während der Geburt, stellte sich als die gebräuchlichste Lage heraus.

Komplikationen, die während des Geburtsablaufes auftauchten, wurden meist von den Hebammen unter Zuhilfenahme der eigenen manuellen Geschicklichkeit gemeistert.

Weitere Hilfsmittel waren Kräuterextrakte einheimischer Pflanzen. Mittel der modernen Medizin wurden von den traditionellen Geburtshelferinnen nicht verwendet.

- 8.2 Schwangerschaft und Geburt sind Vorschriften und Tabus unterworfen. Ein Überschreiten eines Verbotes, z.B. die Nahrungsaufnahme schwer verträglicher Speisen, oder das Nichteinhalten der sexuellen Enthaltsamkeit, könnte für die Mutter und speziell für den Foeten gesundheitliche Probleme aufwerfen.

Der sexuelle Kontakt zum Partner ist ab dem 4. bis 5. Schwangerschaftsmonat verboten.

Die Mütter stillen die Kinder bis zum 3. Lebensjahr.

Die Kinder werden in dieser Zeit kaum von den Müttern getrennt, d. h. das Kind wird auf dem Rücken überallhin mitgetragen.

Westliche Einflüsse veränderten die Einstellung zu den traditionellen Gebräuchen, die eigentlich nur mehr auf dem Lande beachtet werden.

- 8.3 Aus einem Bericht von Mwalali, einem Gynäkologen und Mitarbeiter des Department of Gynaecology and Obstetrics der Universität Nairobi, ging hervor, daß im Machakos Distrikt, der Region einer Untersuchung, ein Großteil der Geburten zu Hause, unter der Leitung einer traditionellen Hebamme, stattfand. Die Totgeburtenrate erwies sich bei den Hausgeburten geringer, als bei den Geburten im Krankenhaus. Statistische Angaben zeigten, daß die Säuglingssterblichkeit in Kenya durch gezielte Einbeziehung der TBA und vermutlich auch durch den Einfluß der westlichen Medizin gesunken war.
- 8.4 Westliche Statistiken und niederländische Untersuchungen von Naaktgeborenen deuten an, daß auch hier die Säuglings- und Perinatalsterblichkeit durch Hausgeburten nicht anstieg. Eine vertraute Umgebung, eine bekannte Hebamme und die freie Wahl der Gebärstellung üben einen positiven Einfluß auf den Geburtsablauf aus.
- 8.5 Die Selbstständigkeit der Frau, die Selbstverständlichkeit zu gebären, die Sicherheit in der Frauengruppe, das "Geborgen-sein" in den Händen der TBA, den befreundeten Frauen, der "naturbelassene" Ablauf der Geburt, d.h. die vertikale Stellung, das eventuelle Eingreifen in den Vorgang bei Komplikationen, das Fehlen von Technik und westlicher Medikation ziehen als roter Faden durch den Geburtsvorgang und auch schon durch die Schwangerschaft. Diskussionen zwischen Hebammen und Geburtshelfern, praktische Ausführungen zur Humanisierung der Geburtshilfe und viele Erfahrungsberichte von jungen Eltern deuten einen Wandel in der Geburtshilfe an.

9. TABELLEN

Tabelle 1: Geburtsbetreuung durch T.T.B.A, U.T.B.A und Verwandte

|            | Matungulu |       | Mbiuni |       | Summe |       |
|------------|-----------|-------|--------|-------|-------|-------|
|            | N         | %     | N      | %     | N     | %     |
| T.T.B.A    | 261       | 37,3  | 217    | 43,8  | 478   | 40,0  |
| U.T.B.A    | 139       | 19,9  | 74     | 14,9  | 213   | 17,8  |
| Verwandte  | 235       | 33,6  | 169    | 34,1  | 404   | 33,8  |
| ohne Hilfe | 65        | 9,3   | 36     | 7,3   | 101   | 8,4   |
| Summe      | 700       | 100,0 | 496    | 100,0 | 1196  | 100,0 |

Tabelle 2:      Verhältnis von Hausgeburten zu Geburten im  
Krankenhaus

|                        | Matungulu |       | Mbiuni |       | Summe |       |
|------------------------|-----------|-------|--------|-------|-------|-------|
|                        | N         | %     | N      | %     | N     | %     |
| Hausgeburt             | 700       | 70,8  | 496    | 83,1  | 1196  | 75,4  |
| Krankenhaus-<br>geburt | 289       | 29,2  | 101    | 16,9  | 390   | 24,6  |
| Summe                  | 989       | 100,0 | 597    | 100,0 | 1586  | 100,0 |

Tabelle 3: Verhältnis der Totgeburten bei Haus- und krankenhausgeburten

|                       | Matungulu |     |     | Mbiuni |     |     | Summe  |     |     |
|-----------------------|-----------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|-----|-----|
|                       | lebend    | %   | tot | lebend | %   | tot | lebend | %   | tot |
| Hausgeburt            | 679       | 3,0 | 21  | 493    | 0,6 | 3   | 1172   | 2,0 | 24  |
| Geburt im Krankenhaus | 280       | 3,1 | 9   | 99     | 2,0 | 2   | 379    | 2,8 | 11  |
| Summe                 | 959       | 3,0 | 30  | 592    | 0,8 | 5   | 1551   | 2,2 | 35  |

Tabelle 4: Gruppe der Mütter, die für die Familienplanung  
geeignet sind (siehe 23, Punkt 6)

| Gruppe der Mütter                          | T.T.B.A | U.T.B.A |
|--------------------------------------------|---------|---------|
| Mehrgebärende                              | 15      | 18      |
| arme sozio-ökonomische<br>Verhältnisse     | 7       | 9       |
| Altgebärende                               | 3       | -       |
| ungünstige gynäkologische<br>Vorgeschichte | 4       | 4       |
| Krankheiten                                | 2       | -       |
| unehelich                                  | 2       | -       |
| weiß nicht                                 | 6       | 6       |

## 10. LITERATURVENZEICHNIS

1. Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung  
Bd. 1229/1229a, Walter de Gruyter Verlag, Berlin 1969
2. Beck, J.: Erlebnis Geburt, Biederstein Verlag, München 1982
3. Caldeyro-Barcia, R.: Return to squatting position for delivery  
advised, Obgyn.news, 15.11.1976, in: Psychologie heute, 3.3.1978
4. The economic setting of the household level XV, Medical Research  
Center, Nairobi 1978
5. Fleischer, L.: Prävention in der traditionellen Frauenheilkunde  
der Hausa, in: Schiefenhövel & Sich (Hrsg.): Die Geburt aus ethno-  
medizinischer Sicht, Vieweg Verlag, Wiesbaden 1983
6. Fleischer, L.: Die Rolle der Frau in Afrika, Kübel Stiftung,  
Bensheim 1977
7. Goldammer, K.: Die Religionen der Menschheit, Reclam Verlag,  
Stuttgart 1980
8. Hartge, R.: Zur Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge im Spiegel  
der Geschichte Afrikas, in: Schiefenhövel & Sich (Hrsg.): Die  
Geburt aus ethnomedizinischer Sicht, Vieweg Verlag, Wiesbaden 1983
9. Jestel, K.: Das Afrika der Afrikaner, Suhrkamp Verlag,  
Frankfurt 1982
10. Kipkorir, B.: Kenya's people, people of the Rift Valley, London  
1978
11. Kirchhoff, H.: Die Geburt in senkrechter Körperhaltung - kultur-  
historische Vorteile, in: Schiefenhövel & Sich (Hrsg.): Die Geburt  
aus ethnomedizinischer Sicht, Vieweg Verlag, Wiesbaden 1983
12. Kitzinger, S.: Frauen als Mütter, Kösel Verlag, München 1980

13. Kitzinger, S.: Natürliche Geburt, Kösel Verlag, München 1980
14. Kossoda, B.: Die Frau in Afrika, List Verlag, München 1978
15. Leboyer, F.: Geburt ohne Gewalt, Kösel Verlag, München 1981
16. Martius, G.: Lehrbuch der Geburtshilfe, Thieme Verlag, Stuttgart 1981
17. Mbiti, J.: African religious and philosophy, London 1969
18. Mbula, J.: Penetration of christianity into the Akamba traditional family, Nairobi 1974
19. Mendez-Bauer, C.: Kongreßbericht des 5. Europäischen Kongresses für perinatale Medizin, Uppsala 1976, in: Kutner, L.: Die Geburtshilfe der Frau, gyn.prax. 5, 1981
20. Mendez-Bauer, C. in: Der ethnomedizinische Beitrag zur Diskussion um die optimale Geburtshilfe, in: Schiefenhövel & Sich (Hrsg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht, Vieweg Verlag, Wiesbaden 1983
21. Middleton, J.: The central tribes of the north eastern Bantu, London RP 1979
22. Mütter- und Säuglingssterblichkeit, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Stuttgart 1978
23. Mwalali, P. N.: The effectiveness of the training of the traditional birth attendants in a rural area-Machakos, in: Journal Obst. Gyn. East. Cent. Afric. 1, 32, 1982
24. Naaktgeboren, C.: Über die Hausgeburt in den Niederlanden, in: Schiefenhövel & Sich (Hrsg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht, Vieweg Verlag, Wiesbaden 1983
25. Newton, N.: Trebly sensuous woman, in: Lothrop, H.: Muß das Leben im Kreissaal beginnen, Psychologie heute, 3, 1978

26. Njogu,W.: A report of Kericho traditional birth attendants course Rift Valley, African Medical and Research Foundation, Nairobi 1981
27. Njogu,W.: Traditional birth attendants in Kibwezi, African Medical and Research Foundation, Nairobi 1980/81
28. Odent,M.: Die sanfte Geburt, Kösel Verlag, München 1979
29. The outcome of pregnancy XVI, Medical Research Cēter,Nairobi 197
30. Penwill,D.J.: Kamba,customary,law, Nairobi 1951
31. Perussi,F.: Die vertikale Entbindungsmethode,Sem.med.20,829(1964)  
in:Kuntner: DieGebärhaltung der Frau,gyn.prax.5,1981
32. Reinhardt,M.: Geburten-Erfahrungsberichte, Bremen 1981
33. Schiefenhövel,W.: Geburten bei den Eipo,in: Schiefenhövel&Sich (Hrsg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht,Vieweg Verlag, Wiesbaden 1983
34. Schiefenhövel,W.: Der ethnomedizinische Beitrag zur Diskussion um die optimale Geburtshilfe,in: Schiefenhövel&Sich: Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht, Vieweg Verlag, Wiesbaden 1983
35. Schomerus-Gernböck,L.: Die Geburt bei den Modegassen,in: Schiefenhövel&Sich(Hrsg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht, Vieweg Verlag, Wiesbaden 1983
36. Senghaas,L.: Welteirtschaftsordnung und Entwicklungspolitik, Suhrkamp Verlag, Frankfurt 1981
37. Stern,D.M.: Pictorial midwifery,London 1956
38. Training of traditional midwives in Matungulu and Mbiuni, Medical Research Center, Nairobi 1979

39. Velimirovic,H.und O.: Die Rolle traditioneller Geburtshelfer im öffentlichen Gesundheitswesen der Dritten Welt,in: Schiefenhövel&Sich(Hrsg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht,Vieweg Verlag, Wiesbaden 1983
40. Verny,Th.: Das Seelenleben des Ungeborenen, Verlag Roger&Bernhard München 1981
41. WHO,1982: Statistics annual, Genf 1982
42. WHO,1979: Traditional birth attendants, No.44, Genf 1979

# DANKSAGUNG

Für die Überlassung des Themas, für die Anregungen und für die wissenschaftliche Anleitung möchte ich Herrn PD Dr. W. Schiefenhövel recht herzlich danken.

Herrn Prof. Dr. K. Holzmann schulde ich großen Dank für seine Unterstützung.

## LEBENS LAUF

Jutta Mutenhammer, geb. 16.06.1953 in Passau

- 1959 - 1965    Besuch der Volksschule Ruderting
- 1965 - 1972    Besuch des Auersperg - Gymnasiums Freudenhain ob  
Passau (musisches Gymnasium)
- 1972 - 1973    Praktika in den Kreiskrankenhäusern Passau und  
Hutthurm
- 1973 - 1976    Studium der Soziologie an der Universität Regensburg
- 1976 - 1977    Ausbildung zur kaufmännisch - medizinischen  
Assistentin und Arztssekretärin in Freiburg
- 1978 - 1984    Studium der Humanmedizin an der LMU München
- 1984            Approbation

